



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

Factores personales y sociofamiliares asociados a la depresión en el adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 16 del IMSS, Querétaro, en el 2017.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Rosa Melissa Mayorga Cruz

Dirigido por:

MCE. Martha Leticia Martínez Martínez

Co-Dirigido:

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo

SINODALES

MCE. Martha Leticia Martínez Martínez

Presidente

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo

Secretario

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Avalas

Vocal

Med. Esp. Ma. Azucena Bello Sánchez

Suplente

Med. Esp. Adriana Jiménez

Medina Suplente

Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea
Director de la Facultad de Medicina

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Marzo, 2019
México.

RESUMEN

Introducción: La depresión en México se presenta en 9.5% en mujeres y 5% en hombres. Es un trastorno multifactorial, asociándose con el apoyo social, género femenino, la tipología familiar, productividad económica y escolaridad. Objetivo: Determinar los factores personales y sociofamiliares asociados a la depresión en el adulto mayor. Material y métodos: Estudio de casos y controles en adultos mayores usuarios de la UMF 16, del IMSS, Querétaro. Se incluyeron 45 adultos para el grupo de casos (con depresión) y 45 para el grupo de controles (sin depresión). Se estudiaron variables sociodemográficas, personales y familiares, con aplicación de las escalas de Yesavage (para depresión), la geriátrica para maltrato, el test de minimental (para deterioro cognitivo), la de Duke Unk (para apoyo social) y el de Apgar familiar (para funcionalidad familiar). Se solicitó consentimiento informado. Análisis descriptivo e inferencial mediante la prueba de X^2 y razón de momios. Resultados: El promedio de edad para los adultos mayores con depresión fue de 71.22 ± 9.05 años y para el grupo sin depresión de 69.87 ± 8.14 . Las expectativas negativas de vida ($p=0.035$; OR 2.5), el antecedente de HTA ($p=0.028$; OR 0.400); familia disfuncional ($p=0.046$; OR 0.44) y las redes de apoyo global ($p=0.001$; OR=0.22), afectivas ($p=0.003$; OR .276) y confidenciales ($p=0.001$; OR=0.247) fueron los factores asociados a depresión en el adulto mayor. Resto de las variables no fueron significativas. Conclusiones: Los adultos mayores presentan como factores asociados a la depresión la expectativa negativa de vida, el antecedente de HTA, tener una familia disfuncional y deficiente apoyo social.

Palabras claves: Depresión, adulto mayor, antecedentes psicosociales, apoyo social.

SUMMARY

Introduction: Depression in México occurs in 9.5% in females and 5% in males. It is a multifactorial disorder, associating with social support, female gender, family typology, economic productivity and schooling. **Objective:** To determine the personal and sociofamiliares factors associated with depression in the elderly. **Material and methods:** Study of cases and controls in older adults users of UMF 16, the IMSS, Queretaro. We included 45 adults for the group of cases (with depression) and 45 for the group of controls (without depression). We studied sociodemographic variables, personal and family, with application of the scales of Yesavage (for depression), the geriatric for abuse, test of minimental (for cognitive impairment), the Duke Unk (for social support) and the family Apgar (for family functionality). Requested informed consent. Analysis descriptive and inferential through the X2 test and odds ratio. **Results:** The average age for older adults with depression was 71.22 ± 9.05 years and for the non-depressed group of 69.87 ± 8.14 . The negative expectations of life ($P = 0.035$; OR 2.5), the antecedent of HTA ($P = 0.028$; OR 0.400); Dysfunctional family ($p = 0.046$; OR 0.44) and the support networks of global ($p=0.001$; OR=0.22), affective ($p=0.003$; OR .276) and confidential ($p=0.001$; OR=0.247) were the factors associated with depression in the older adult. Rest of the variables were not significant. **Conclusions:** Older adults present as factors associated with depression the negative expectation of life, the antecedent of HTA, to have a dysfunctional family and deficient social support.

(**Key words:** depression, elderly, psychosocial background, social support).

DEDICATORIAS

A mis padres, por fomentarme el deseo de superación desde niña. Gracias por apoyarme en cada paso, por darme ánimo y sobre todo mucha motivación.

Al amor de mi vida, mi mejor amigo, confidente y cómplice de mi aventura llamada "Residencia", gracias por tu apoyo, por hacerme reír en momentos difíciles, y por nunca dejarme sola, para ti Gadi.

A mis hermanos, Iris, Miguel, Jonathan y Samantha, gracias por confiar en mi. Sin dejar atrás a mis amigas de la guardia: Bere, Bety, Edna y Grecia, porque a gracias a ustedes recordé lo que es la amistad y la lealtad. Sin olvidar a One, que, aunque no está cerca, sé que siempre cuento con su apoyo y comprensión.

En especial a Dios, por permitirme ser un instrumento para recobrar la salud de sus hijos, por darme conocimiento y fortaleza en momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

A todos y cada uno de los profesores que día a día nos compartieron sus conocimientos.

De forma muy especial a la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez, Dra. Leticia Blanco Castillo, Dr. Enrique Villareal, Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez y Dr. Manuel Herrera Avalos por proporcionarme las herramientas necesarias para realizar este trabajo de investigación y alcanzar el objetivo de terminar la residencia de medicina familiar.

Y a cada uno de los pacientes atendidos que ayudaron en mi formación humana y académica.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	2
Summary	3
Dedicatorias	4
Agradecimientos	5
Índice	6
Índice de cuadros	8
I. INTRODUCCIÓN	9
I.1 OBJETIVO GENERAL	11
I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
II.1 Generalidades	14
II.1.1 Historia	14
II.1.2 Definición de adulto mayor	15
II.1.3 Epidemiología	16
II.1.4 Epidemiología estatal	16
II.3 Depresión	18
II.3.1 Etiología de la depresión	19
II.3.2 Definición de depresión	20
II.3.3 Criterios diagnósticos	20
II.3.4 Diagnostico de depresión en ancianos	24
II.3.4.1 Escala de Yesavage	24
II.2 Factores asociados a depresión	25
II.3 Depresión y suicidio	30
III. METODOLOGÍA	31
III.1 Diseño de la investigación	31
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	32
III.3 Consideraciones éticas	35
III.4 Análisis estadístico	35
IV. RESULTADOS	36

V. DISCUSIÓN	45
VI. CONCLUSIONES	48
VII. PROPUESTAS	49
VIII. LITERATURA CITADA	50
IX. ANEXOS	54
ANEXO 1 Hoja de recolección de datos	54
ANEXO 2 Consentimiento informado	56
ANEXO 3 Escala de Graffar-Méndez-Castellanos	57
ANEXO 4 Cuestionario Duke-Unk	58
ANEXO 5 Escala Geriátrica de Depresión	59
ANEXO 6 Evaluación Cognitiva MiniMental	60
ANEXO 7 Escala de Moriski	62
ANEXO 8 Escala Geriátrica de Maltrato	63
ANEXO 9 Prueba Levántate y Anda	64
ANEXO 10 Test Apgar Familiar	65
ANEXO 11 Escala de Eventos Críticos	66

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
IV.1	Características sociodemográficas del adulto mayor	38
IV.2	Características sociodemográficas del adulto mayor	39
IV.3	Características sociodemográficas del adulto mayor	39
IV.4	Factores personales del adulto mayor	41
IV.5	Factores familiares del adulto mayor	42
IV.6	Redes de apoyo social del adulto mayor	43
IV.7	Factores sociodemográficos, personales y familiares asociados a depresión en el adulto mayor	44

I. INTRODUCCION

Se estima que a nivel mundial la depresión afecta a 121 millones de personas y de estos menos del 25% tiene acceso a tratamiento. En México su prevalencia es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años y se considera uno de los problemas psicogeríátricos más frecuentes (CENETEC 2011).

Se considera a la depresión en el adulto mayor, como una enfermedad enmascarada, la mayoría de las veces desapercibida por el personal sanitario. Los médicos del primer nivel de atención tratan la tristeza en los ancianos o a los síntomas asociados a esta, por separado, no englobando un diagnóstico claro. Al tratar el síntoma y no la causa subyacente del este, se propicia el incremento del número de fármacos consumidos por el paciente (OMS, 2016).

Existen múltiples factores implicados en su aparición por lo tanto no se debe enfocar en una sola causa. Las personas de la tercera edad, cursan con diversos factores personales, familiares o sociales en su vida, que pueden precipitar o incrementar el riesgo para cursar con depresión; como es la jubilación, muerte de familiares, amigos, cónyuge, maltrato psicológico, discapacidad, entre otros. Asimismo, diferentes enfermedades pueden desencadenar dicho cuadro, tales como eventos cerebrovasculares, demencias, diabetes mellitus, consumo de excesivo de alcohol, etc (Granados,2007).

En México en 2006 se realizó un estudio sobre factores de riesgo asociados a depresión, donde se encontró una prevalencia de 41.7%, observándose que existe mayor riesgo en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos y con inasistencia a asociaciones de convivencia (Kurlowicz, 2007).

Entre otros factores asociados encontramos que: ser parte de una familia extensa se asocia a 2.66 veces más de presentar depresión, así como pertenecer a una familia disfuncional aumenta la probabilidad hasta 4.5 veces más. Con respecto a la escolaridad ciertos estudios afirman que los universitarios tienen un riesgo 3.6 veces mayor para desarrollar depresión y otros mencionan que el no saber leer ni escribir lo incrementa hasta 2.25 veces. Las personas pensionadas tienen un riesgo

de 1.0 para depresión, mientras que si tienen alguna comorbilidad como diabetes mellitus el riesgo será hasta 3.4 veces más. Asimismo, se vio que las mujeres tenían más riesgo para este trastorno siendo la relación 2:1 (Velasco, 2014).

En el estado de Querétaro, se tienen pocos estudios que aporten conocer la prevalencia de depresión en adultos mayores, por lo que se carece de conocimiento acerca de los factores asociados a la misma.

Por lo tanto, es imprescindible identificar claramente los factores que podrían propiciar estado depresivo en pacientes ancianos para prevenir mediante estrategias educativas, informativas y de protección específica, asegurando con ello una mejor calidad de vida.

1.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores personales y sociofamiliares asociados a la depresión en el adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N°16 del IMSS, Querétaro en el 2017.

1.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar los factores sociodemográficos asociados a depresión en el adulto mayor (edad >60 años, sexo femenino, escolaridad universitaria, estado civil divorciado, no tener ingresos económicos).
2. Determinar como factores personales asociados a depresión en el adulto mayor:
 - a) Antecedente personal de depresión.
 - b) Antecedente de diabetes mellitus.
 - c) Maltrato psicológico
 - d) Deterioro cognitivo leve-moderado.
 - e) Riesgo de caídas.
 - f) Polifarmacia
- 3.- Determinar como factores familiares asociados a la depresión en el adulto mayor:
 - a) Familia disfuncional.
 - b) Deficientes redes de apoyo.
 - c) Familia extensa
 - d) Antecedente familiar de depresión.

1.2 HIPÓTESIS

Los factores personales y sociofamiliares se asocian a mayor depresión en el adulto mayor, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N°16 del IMSS Querétaro

Hipótesis específicas

1. Ho: La edad mayor a 60 años es un factor que no se asocia a depresión en el adulto mayor.

Ha: La edad mayor a 60 años es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor

2. Ho: El género femenino es un factor que no se asocia a depresión en el adulto mayor.

Ha: El género femenino es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

3. Ho: La escolaridad universitaria es un factor que no se asocia a depresión en el adulto mayor.

Ha: La escolaridad universitaria es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

4. Ho: Tener pareja es un factor que no se asocia a depresión en el adulto mayor.

Ha: Tener pareja es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

5. Ho: El no tener ingresos económicos es un factor que no se asocia a depresión en el adulto mayor.

Ha: El no tener ingresos económicos es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

6. Ho: El antecedente personal de depresión es un factor que no se asocia a depresión en el adulto mayor.

Ha: El antecedente personal de depresión es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

7. Ho: El antecedente de Diabetes Mellitus es un factor que no se asocia a depresión en el adulto mayor.

Ha: El antecedente de Diabetes Mellitus es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

8. Ho: El maltrato psicológico es un factor que no se asocia a depresión en el adulto mayor.

Ha: El maltrato psicológico es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

9. Ho: El deterioro cognitivo leve-moderado es un factor que no se asocia depresión en el adulto mayor.

Ha: El deterioro cognitivo leve-moderado es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

10. Ho: El riesgo de caídas es un factor que no se asocia depresión en el adulto mayor.

Ha: El riesgo de caídas es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

11. Ho: La polifarmacia es un factor que no se asocia depresión en el adulto mayor.

Ha: La polifarmacia es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

12. Ho: La familia disfuncional es un factor que no se asocia depresión en el adulto mayor.

Ha: La familia disfuncional es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

13. Ho: Las redes de apoyo malas son un factor que no se asocia depresión en el adulto mayor.

Ha: Las redes de apoyo malas son un factor que se asocian a depresión en el adulto mayor.

14. Ho: La familia extensa es un factor que no se asocia depresión en el adulto mayor.

Ha: La familia extensa es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

15. Ho: El antecedente familiar de depresión es un factor que no se asocia depresión en el adulto mayor.

Ha: El antecedente familiar de depresión es un factor que se asocia a depresión en el adulto mayor.

II. REVISION DE LA LITERATURA

II.1 Generalidades

Desde tiempo remoto la vejez era considerada como una desdicha, a tal grado que era un privilegio fallecer a edades tempranas. A pesar de esto, Platón y Cicerón en sus obras, La República y De Senectute afirman que “la vejez es una experiencia recogida en vidas anteriores “ (Platón, 2012).

No obstante, en culturas orientales y ciertas tribus indígenas de América, los ancianos son concebidos como sabios poseedores de conocimiento, que tiene a su vez la capacidad de curar, de predecir y de transmitir conocimientos. En nuestra sociedad actual, llegar a la etapa de adultez es sinónimo de enfermedades, deterioro, discapacidad y dependencia, dejando a un lado las capacidades desarrolladas, experiencias vividas y su aporte de trasmisión de conocimiento. (Platón, 2012).

Sánchez C. identifica cuatro estereotipos generales: Los ancianos son percibidos como enfermos y con diferentes grados de discapacidad. Este estereotipo deja a un lado a los ancianos capaces de realizar tareas de la vida diaria de forma autónoma e independiente, y que a pesar de vivir solos reportan un estado de bienestar satisfactorio (Sánchez, 2008).

Los ancianos son percibidos como limitados en el campo social, es decir, tendientes a vivir solos o deprimidos. Esto es incongruente porque a pesar de que los ancianos si se suelen a enfrentar a pérdidas familiares o abandono, cada vez están más involucrados en redes de amigos y vecinos que disminuyen su aislamiento, la soledad y la depresión. Son percibidos con deterioro cognitivo y trastornos mentales. Aparecen como psicológicamente rígidos e incapaces de adaptarse a los cambios (Zetina, 1999).

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (OMS

2016).

II.1.2 Definición de adulto mayor

En los criterios de la Organización Mundial de la Salud se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías (OMS 2016):

Tercera edad: 60 – 74 años

Cuarta edad: 75 – 89 años

Longevos: 90 – 99 años

Centenarios Más de 100 años

Tabla 1: Conceptualización de la vejez según la cronología

Autor y/o Institución	Grupo de edad	Concepto
	60-74	Senil
Brocklehortz 1974	75-80	Ancianidad
	90 y más	Longevidad
	45-50	Presenil
De Nicola 1970	50-72	Senectud gradual
	72-89	Vejez declarada
	90 y mas	Grandes viejos
Sociedad de Geriatria y Gerontología de México	45-50	Prevejez
	60-70	Senectud
	80 y mas	Ancianidad
	40-60	Madurez avanzada
Stieglitz 1964	61-75	Senectud
	70 y mas	Senil

Fuente: Zetina, M. "Conceptualización del proceso de envejecimiento". En: Papeles de población. No. 019. Universidad Autónoma de México. Enero-Marzo 1999.

Se puede afirmar que la vejez es la última etapa del ciclo de la vida en donde se recaban los resultados de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores, y donde se acepta la trayectoria de la vida con satisfacción. Para este trabajo de investigación se seguirá la definición de adulto mayor según la OMS, es decir a partir de los 60 años de edad (Fong 2002).

II.1.3 Epidemiología

Actualmente la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o mayor a los 60 años. Para el 2050 la población etaria de este grupo llegara a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto al 2015 (UNAM, 2016).

En México, según los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en 1950 el porcentaje de envejecimiento entre la población mexicana fue de 7.1 por ciento; en 1975 descendió a 5.7, en 2000 subió a 6.9; en 2025 se incrementará a 13.9 por ciento, y en 2050, a 26.5 por ciento. Según INEGI (2000), se estima que en 2020 se vivirán, en promedio, 78 años, y 81, en 2050; “es decir, para entonces más de la cuarta parte de la población en México será vieja”, afirmó Rosaura Avalos Pérez, académica de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la UNAM (UNAM, 2016).

La relación hombre-mujer se estima que para el 2030 será en promedio, 80 años o más en mujeres; en tanto que ellos, sólo 76.6 años. En la actualidad 9% de la población total en México es adulta mayor (60 años o más); de ésta, 9.7% son hombres y 12.6 % mujeres (UNAM, 2016).

II.1.4 Epidemiología estatal

En Querétaro el grupo de 15 a 64 años concentra el 64.4 por ciento de la población estatal y finalmente, el grupo de 65 años y más muestra ya los efectos de la mayor esperanza de vida y el impacto de la transición demográfica en su conjunto,

representando el 5.1 por ciento de la población estatal. El avance del envejecimiento en la entidad se espera que sea paulatino. En el año 2010, había 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 18 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrá casi 38 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica a Querétaro en el lugar 27 en el proceso de envejecimiento poblacional del país. La esperanza de vida al nacimiento ha cambiado de 71.1 a 74.7 años promedio, es decir, aproximadamente una ganancia de 3.6 años de vida promedio adicionales. Los hombres y mujeres de la entidad cuentan en 2010 con una esperanza de vida de 72.0 y 77.5 años al nacimiento, respectivamente. Asimismo, se prevé que la esperanza de vida de la población total sea de 76.0 años en 2020 y de 77.2 en 2030; las mujeres alcanzarán 78.6 años en 2020 y 79.7 en 2030, mientras que los hombres 73.6 años en 2020 y 74.9 años en 2030. Durante el periodo de la proyección se espera que la brecha entre hombres y mujeres disminuya de 5.5 a 4.8 años (CONAPO, 2010).

La vulnerabilidad en los ancianos se ve representada por alteraciones en cuatro áreas: motora, auditiva, visual y mental. La mental es la discapacidad que está teniendo mayor auge en la actualidad. La Organización Mundial de la Salud prevé que para el 2020 la discapacidad en salud mental en los ancianos estará por encima de los demás padecimientos propios de esta edad. En nuestro país y con respecto a la población de edad avanzada, la principal discapacidad es la mental. (OMS, 2016).

A nivel mundial se estima que un 25% de los ancianos mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. De estas cifras en consulta externa la incidencia de depresión es de 7 al 36%, y se incrementa a 40% tras el egreso del paciente hospitalizado (OMS, 2016).

El 40% de los pacientes ancianos con trastornos depresivos presentan comorbilidades. Dentro de estas se destaca la enfermedad cerebrovascular se asocia a 18% y 61%, siendo más frecuente en los primeros 6 meses, la enfermedad de Parkinson se presenta en un 40%, la de Alzheimer en 20-40%, las cardiopatías entre el 20-30% (el porcentaje aumenta hasta 74% en aquellos que presentaron infarto agudo al miocardio), la diabetes en el 36%, el hipotiroidismo en el 50% y el cáncer en

40%. La depresión también puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia en un 13% a 21%. Asimismo, la recurrencia de un trastorno depresivo aumenta hasta el 40%. En México, la prevalencia es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años; y frecuentemente se encuentra enmascarada bajo quejas somáticas. El suicidio es el desenlace más serio, y en este grupo etario su incidencia del doble que en pacientes jóvenes. El 60 a 90% de los ancianos mayores de 75 años de edad que sufren depresión clínicamente diagnosticada terminan en suicidio (CENETEC, 2011).

II.3 Depresión.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia, durante siglos fue manejada por brujos, sacerdotes, etc. Y tratada con todo tipo de pócimas, brebajes, cambios de ambiente, baños, etc (Medina, 2015).

Su historia comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, considerada como una perturbación de la mente, y caracterizada por gran tristeza sin causa aparente, y atribuido al exceso de bilis negra. Según esta teoría de los cuatro humores, propuesta por Hipócrates, un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos, mientras que el exceso de bilis negra provocaba comportamientos abatidos, apáticos y tristeza exagerada (Medina, 2015).

En la edad media, la tristeza era definida como la pérdida de un objeto amado. Desde una perspectiva religiosa, a la melancolía se le caracterizó como demonio, entendido como tentación o pecado (Medina, 2015).

En la edad moderna. El origen del vocablo depresión se registró por primera vez en Inglaterra en el siglo XVIII por Sir Richard Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra, y se encuentra en la expresión latina “de” y “premere”, empujar u oprimir hacia abajo (Medina, 2015).

Posteriormente Thomas Willis considerado el primer médico que rechaza la teoría de los cuatro humores, atribuyendo el origen de la depresión a procesos químicos del cerebro y corazón. Menciona cuatro tipos de melancolía de acuerdo a

su origen: por alteración del cerebro, por mala función del bazo, otra con efecto en todo el cuerpo y la última con origen en el útero. Fue nombrado el pionero de la neuroanatomía (Medina, 2015).

El padre de la psiquiatría moderna Philippe Pinel, fue el primero en afirmar que el origen de los retornos anímicos estaba en la percepción y las sensaciones inaugurando un esposo de causas morales (fanatismo religioso, amores apasionados). En las primeras décadas del siglo XX, el concepto de depresión se desglosa en otros como; ansiedad, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicósomático (Medina, 2015).

II.3.1 Etiología de la depresión

La depresión es un trastorno multifactorial, y debe ser vista y tratada como una enfermedad no únicamente como tristeza. Y contrario a la creencia popular, la depresión no es parte del envejecimiento normal. Y su tratamiento debe ser inmediato y adecuado, de lo contrario conlleva aceleración en el deterioro físico, cognitivo y social, exacerba las enfermedades concomitantes y cirugías, y provoca un aumento en la tensión médica y suicidio (CENETEC, 2011).

Entre los factores asociados se incluyen: factores psicológicos, sociales y genéticos. Dentro de estos los factores psicosociales son los que tiene mayor peso y se han visto más asociados dentro de estos contamos con: género, apoyo social, actividad física, polifarmacia, tipología familiar, pluripatología, dependencia económica, productividad económica, asistencia a asociaciones de convivencia, escolaridad y estado civil (CENETEC, 2011).

Este trastorno se manifiesta de diferente manera en ancianos, a comparación de pacientes jóvenes. En el grupo de edad más avanzada es más frecuente la presencia de síntomas afectivo-cognitivo (disforia y sentimientos de culpa e inutilidad), a su vez son más probables las alteraciones del sueño, fatiga, retardo psicomotor, pérdida de interés, así como quejas subjetivas de falta de memoria y falta de concentración (CENETEC, 2011).

II.3.2 Definición de depresión

Por definición la depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad (CENETEC, 2011).

II.3.4 Criterios Diagnósticos

Según el DSM-IV-R los criterios diagnósticos de depresión mayor son (DSM-IV, 2016):

- A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe estar presente e interferir en la vida de la persona.
 - Añe deprimido la mayor parte del día, así todos los días, por lo menos 2 semanas.
 - Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos 2 semanas.
 - Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos 2 semanas.
- B. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas:
 - Animo depresivo (o irritabilidad en los niños y ancianos).
 - Marcada disminución del interés o del placer.
 - Alteraciones del peso o del apetito, ya sea: pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
 - Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hiperinsomnia.
 - Alteraciones en la actividad, ya sea agitación o enlentecimiento (observado por otros).
 - Fatiga o pérdida de la energía.
 - Autorreproche o culpabilidad inapropiada.
 - Pobre concentración o indecisión.

- Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo a morir) o de suicidio.
- C. Los síntomas no son debidos a psicosis.
- D. Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco.
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos, o de drogas ilícitas.
- F. Los síntomas no son por una perdida normal.

Estos criterios no se presentan en su totalidad de los ancianos deprimidos, algunas alternativas en la presentación de la depresión en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del autocuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital (CENETEC, 2011).

Los cuatro síntomas cardinales de la depresión son: ansiedad, afecto deprimido, retardo psicomotriz y síntomas somáticos. Además, suele haber un grado variable de alteración cognoscitiva y puede haber síntomas psicóticos. En los ancianos hay ciertas peculiaridades:

La ansiedad suele ser notificada por hasta 15% de los mayores, lo cual corresponde a la prevalencia de depresión en tal grupo de edad, hay una elevada prevalencia de ansiedad en los ancianos con depresión mayor, que es menos pronunciada en el joven.

Las personas de edad, por otra parte, tienden a no informar sobre las alteraciones del afecto por considerarlas parte del proceso de envejecimiento. El retardo psicomotor usualmente flagrante en el joven, puede no ser tan obvio en alguien de mayor edad, y es así que los marcadores cardinales de la depresión pueden quedar enmascarados.

Los síntomas somáticos suelen ser prominentes en la depresión geriátrica, los más comúnmente referidos son: astenia, cefalea, palpitaciones, dolor generalizado, mareo, disnea y trastornos funcionales digestivos.

Las alteraciones cognoscitivas suelen ser más obvias en el anciano, en particular si hay deterioro asociado. La pseudo-demencia depresiva debe ser cuidadosamente diferenciada de los pródromos de demencia, en donde el enfermo carece manifiestamente de insight. La ideación pesimista es común, y puede alcanzar niveles paranoicos. Asimismo, la ocurrencia de hipocondriasis es frecuente y las alucinaciones pueden observarse en casos graves (DSM-IV, 2016).

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor del DSM-5 (Taylor, 2014).

Cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas:

Síntomas principales (≥ 1 requerido para el diagnóstico)

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades

Síntomas adicionales

- Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida

En resumen, en los criterios del DSM-V para el trastorno depresivo mayor, desaparece la diferenciación de episodio único o recurrente. Se da prioridad al curso, por lo que se integran las formas crónicas del trastorno depresivo mayor (más de dos

años y con sintomatología continua) y el nuevo trastorno depresivo persistente, distimia (Rodríguez, 2014).

De acuerdo a lo anterior, el trastorno depresivo mayor, se convierte entonces en un diagnóstico provisional (dependiendo de si la sintomatología se hace crónica o no) y de hecho el criterio D no lo excluye del Trastorno depresivo persistente. Es en la especificación donde se indica si se trata de Distimia (síndrome distímico puro), un episodio depresivo mayor persistente, o dos modalidades intermitentes (Rodríguez, 2014).

En resumen, parece que el concepto distimia (al aparecer entre paréntesis en el DSM-V) desaparecerá a futuro; es debido a que en todas las especificaciones se agrega cronicidad, pero ello es inaplicable al síndrome distímico puro (Rodríguez, 2014).

Otras de las cuestiones debatidas del DSM-V es con respecto al duelo y el posible riesgo de sobrediagnóstico. El núcleo del problema radica en que en el trastorno depresivo mayor del DSM-V no se especifica la exclusión del duelo, lo que hace suponer que se incrementarían las cifras de identificación del trastorno depresivo mayor, cuando en realidad la sintomatología proceda de una reacción normal de duelo. Asimismo, en la sección de condiciones para estudios posteriores del DSM-V se dan los criterios para un trastorno por duelo complicado y persistente. Este criterio radica en el sufrimiento por la pérdida de alguien con quien se mantenía una relación cercana, con presencia de sintomatología la mayor parte de los días, clínicamente significativa, y que persiste al menos 12 meses para los adultos (y 6 meses al menos para los niños) (Rodríguez, 2014).

El problema radica en los propios criterios propuestos en el DSM-V: malestar reactivo ante la muerte, presencia de recuerdo o anhelo persistente por el fallecido, disrupción social y de la identidad, lo que rompe con la idea de la edición anterior del DSM y se plantea en términos de dudosa validez diagnóstica ya que se refiere más bien un proceso de duelo que puede prolongarse, pero no de un duelo patológico (Rodríguez, 2014).

II.3.4 Diagnóstico de depresión en ancianos

El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia clínica y una exploración concienzuda que incluya una valoración neurológica y del estado mental. Es importante destacar, de cara al diagnóstico, que la presentación de la depresión en el anciano puede ser en forma de múltiples quejas somáticas. Para el diagnóstico de la depresión se suele recurrir al empleo de pruebas de detección como instrumentos de valoración útiles, sin embargo, hemos de tener en cuenta que son herramientas de detección selectiva y no deben suplir la evaluación y la interacción con el paciente y sus familiares.

En la actualidad se cuenta con una buena cantidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión, los cuales han sido validados y utilizados extensamente en poblaciones diversas.

II.3.4.1 Escala De Yesavage

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

con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos (Kurlowicz, 2007).

El GDS puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. : La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La presencia de depresión garantiza intervención y tratamiento inmediatos. El GDS puede usarse para controlar la depresión a lo largo del tiempo en entornos clínicos. Un puntaje positivo por encima de 5 en el cuestionario corto GDS debería dar lugar a una evaluación psicológica minuciosa y una evaluación del intento de suicidio (Kurlowicz, 2007).

La depresión puede ser causa o consecuencia de dolor. El dolor puede causar malestar y bajar el estado de ánimo, y en su defecto las personas deprimidas son más propensas a reportar síntomas variados entre ellos dolor crónico (Kurlowicz, 2007).

II.2 Factores asociados a depresión.

La ancianidad va emparejada a la inseguridad, la física debido a que su cuerpo no responde como antes aunado a la mayor frecuencia de enfermedades, la inseguridad económica, por la duda sobre si contara con los recursos suficientes para la vida y una muerte digna, y la inseguridad social porque es más frecuente el maltrato, despojo, abandono y homicidio de los ancianos. Acompañando a estos factores se encuentra la muerte de familiares y amigos que pudieran preceder a su suya, y que condicionara mayor soledad, lo que a su vez refuerza su inseguridad ya existente (Velasco, 2014).

Existe una fuerte asociación entre los síntomas depresivos y el riesgo social. Aunque también existen factores desencadenantes, como los socioambientales, aunque hasta el momento solo se tiene conocimiento de la asociación explicativa entre depresión y la dinámica familiar. A su vez la falta de apoyo social puede ser

considerada tanto factor causal como de pronóstico para la depresión (Velasco, 2014).

La familia se considera una fuente primordial de apoyo emocional, social, incluso económico para los adultos mayores. A su vez ser parte de una familia extensa se asocia a 2.66 veces más de presentar depresión. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para superar y enfrentar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que pudieran presentarse. En cambio, la disfuncionalidad familiar ocurre cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece su agravamiento. El hecho de pertenecer a una familia disfuncional aumenta la probabilidad de padecer depresión hasta 4.25 veces (Velasco, 2014).

Los factores psicosociales forman parte importante de la expresión de esta enfermedad, a su vez, se tiene que considerar los antecedentes personales de haber sufrido procesos depresivos en su vida, así como los antecedentes familiares de depresión considerados determinantes para la presencia de este trastorno. Las personas que sufren previamente episodios depresivos resultan más vulnerables para sufrir episodios depresivos posteriores. Los antecedentes personales establecen una relación más significativa para padecer depresión que los antecedentes familiares. Algunos estudios han encontrado que 35% de los deprimidos presentaban antecedentes familiares y 47% mostraban antecedentes personales (Zavala, 2011).

Se ha demostrado que los pacientes deprimidos tienen mayor grado de escolaridad, es decir, gran número de los pacientes eran profesionistas o habían acudido a la universidad. Los universitarios tienen un riesgo de 3.6 veces mayor para desarrollar depresión. Esto contrasta con otro estudio donde el analfabetismo se asociaba a 2.25 veces de incidencia para depresión. Asimismo, se observó que las amas de casa tienen un riesgo asociado de 1.36; el saber leer y escribir de 2.25 (Vázquez, 2016).

Pocos estudios analizan la percepción de maltrato y su asociación con depresión. Sin embargo, se observó que es más frecuente el maltrato psicológico (Velasco, 2014).

Otros factores asociados de manera importante con depresión son los relacionados con la salud, entre las que se encuentran el riesgo de caídas, la dificultad en el cuidado y requerir adaptaciones en casa. La marcha inestable y su consecuente riesgo de caídas son problemas muy frecuentes en el adulto mayor y se encuentran asociados al deterioro de su capacidad funcional lo cual hacen disminuir la independencia del sujeto que puede acompañarse de sentimientos de minusvalía y desencadenar síntomas depresivos (Velasco, 2014).

Con la jubilación prevalece el temor a la inadaptabilidad o a no ser tomado en cuenta en su ámbito familiar. Cuando un anciano se jubila disminuye su ingreso, lo que equivale a la mitad de su sueldo en su vida laboral activa, esto lo obliga a reordenar la forma de jerarquizar sus necesidades y a buscar la forma adecuada de satisfacerlas; con este ingreso solo se cubrirán necesidades básicas. El riesgo relativo para depresión en personas pensionadas es de 1 OR (Vázquez, 2016).

El hecho de vivir solos o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados u otros) predispone a que se precipite o exacerbe la depresión en ancianos; a su vez personas con menores ingresos económicos tienen doble de riesgo para presentar sintomatología depresiva. La carencia de recursos trae consigo tristeza, aumento de estrés, aislamiento, incertidumbre, etc (Velasco, 2014).

La asociación de depresión con diferentes comorbilidades es de gran importancia. Estudios demuestran que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen 3.4 veces más probabilidad de desarrollar depresión en el transcurso de su enfermedad. Esto merece especial atención por ser una de las enfermedades más prevalentes en nuestro país, y por el hecho de al relacionarse pueden conllevar una evolución tórpida, mal pronóstico y falta de apego al tratamiento (Prieto, 2016).

En cuanto al deterioro cognitivo y su relación con los síntomas depresivos en las personas mayores, un estudio transversal realizado en Londres en los años noventa mostró una asociación importante. En otro estudio se observó que los pacientes con deterioro cognitivo tenían mayor riesgo de presentar en un futuro

depresión. Estos mismos autores encontraron otros factores asociados con depresión y deterioro cognitivo, tales como, la pérdida de independencia funcional, vivir solo, ser mujer y tener una baja frecuencia de actividades sociales. Igualmente, señalaron que la depresión a las tres semanas era un factor pronóstico en la depresión al año, ya que el 50% de los pacientes deprimidos a las tres semanas lo estaban también al año de haber sufrido un ictus (Otman, 2012).

El déficit visual está claramente vinculado a la depresión y a su evolución. De hecho, está demostrado que cualquier pérdida sensorial, es un factor de riesgo conocido para la depresión (Otman, 2012).

En los ancianos la depresión predomina en féminas a razón de 2:1; pero en los varones aumenta proporcionalmente su prevalencia por la brusca pérdida de roles, de manera que, a los 80 años sobrepasa a la de las féminas. Ciertos estudios demuestran que las personas casadas gozan de mejor salud mental que sus contrapartes solteras. A su vez se observó que el divorcio condujo a un incremento en la presencia de trastornos depresivos hasta 3.16 veces (Vázquez, 2016).

Conforme aumenta la esperanza de vida, aumenta al mismo tiempo la proporción de personas de edad avanzada, y al mismo tiempo el porcentaje de enfermedades crónicas degenerativas, dando lugar a mayor número de consumidores de fármacos. La polifarmacia según la OMS es el uso concomitante de tres o más medicamentos (no incluyendo vitaminas ni suplementos alimenticios), los ancianos toman tres veces más medicamentos que los jóvenes, estudios han comprobado que pacientes mayores de 65 años usan de 2 a 6 fármacos prescritos y de 1 a 3 de venta libre o de uso herbolario (Serra, 2013).

La polifarmacia es aceptada actualmente como un criterio para síndrome de fragilidad en los ancianos, junto con el delirio, las demencias, las caídas, la inmovilidad y la incontinencia (Peralta, 2013).

El consumo de fármacos en la población anciana es superior al resto de la población, destacando el empleo de tratamientos de larga duración. Más de la mitad

de la población de 65 años, consume algún medicamento, y a menudo varios, con lo que las interacciones potencialmente peligrosas son frecuentes (Peralta, 2013).

Los factores de riesgo para que se presente polifarmacia son: raza blanca, edad avanzada, deficiente estado de salud, depresión, hipertensión, acceso a los servicios de salud, anemia, osteoartritis, gota, diabetes mellitus. Este problema se desarrolla a través del tiempo, consecuencia de prescripciones en cascada, o cuando no se indica la suspensión de un fármaco innecesario (Peralta, 2013).

En la atención primaria e incluso en la de segundo o tercer nivel existen barreras a nivel del propio paciente para identificar y tratar la depresión. El paciente con depresión no la ve como enfermedad o no la manifiesta a su médico por pensar que los medicamentos utilizados para su tratamiento pueden interferir con otros tratamientos o por tener miedo a los medicamentos que en ocasiones considera adictivos (Peralta, 2013).

Se estima que existe una omisión en el diagnóstico del 25 al 50 %. Existe cuatro veces más probabilidad que el médico de atención primaria envíe al paciente hacia cualquier especialidad otras que la psiquiatría o la psicología; esto contribuye al mal diagnóstico y favorece los tratamientos sintomáticos, situación que hace necesario determinar el impacto de los síntomas depresivos no identificados por el médico tratante y el número de medicamentos prescritos, con la finalidad de implementar estrategias tendientes a disminuir la frecuencia de la polifarmacia en el adulto mayor (NIMH, 2014).

La presencia de síntomas depresivos en el anciano ocasiona discapacidad, mala evolución de la comorbilidad y mayor utilización de los recursos de atención a la salud. Sin embargo, nunca se ha vislumbrado la polifarmacia como consecuencia de la demanda asistencial de estos pacientes, quienes no resuelven su problemática de salud por omisión del diagnóstico (NIMH, 2014).

II.3 Depresión y suicidio

La depresión está fuertemente ligada al riesgo de suicida. El suicidio está entre las principales causas de muerte a nivel mundial. Cada año fallecen en el planeta un millón de personas por suicidio. El intento de suicidio se definió como la presencia de “Conducta autoinfligida potencialmente lesiva que no produce la muerte, pero para la que hay una intención evidente (explícita o implícita) de morir” (NIMH, 2014).

La conducta suicida resulta de diversos factores de riesgo, que incluyen desde demográficos, psicopatológicos, biológicos, eventos vitales estresantes hasta factores que protegen de esta conducta. Se estima que el 90% de las personas que fallecen por suicidio sufren una patología psiquiátrica (depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de alcohol-drogas, esquizofrenia y trastornos de personalidad), el riesgo de suicidio en estos pacientes psiquiátricos es de 2.4 a 23 veces superior al de la población general. Por lo cual una de las medidas más eficaces para prevenir el suicidio es el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental. El riesgo de suicidio de los pacientes diagnosticados con depresión mayor es tres veces mayor que en la población general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro depresivo. Asimismo, la historia familiar de conducta suicida se asocia a un riesgo de 2.21 veces más alto de culminar en suicidio (Baca,2014).

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio de casos y controles (observacional, analítico, retrospectivo). En adultos mayores adscritos a la UMF 16 del IMSS delegación Querétaro en el periodo de julio a octubre del 2017.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para dos proporciones, con nivel de confianza de 95%.

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n: \frac{((0.3)(0.7) + (0.1)(0.9)) (6.2)}{(0.3 - 0.1)^2}$$

$$n: (0.3)(6.2) / 0.04$$

$$n: 46.5$$

En base a la variable:

Polifarmacia (que se asocia en un 30% a depresión)

Datos:

n: Tamaño de la muestra que se requiere.

p1: Frecuencia del resultado en el Grupo 1. (0.3)

q1: Proporción de sujetos sin el resultado en el Grupo 1. (0.7)

p2: Frecuencia de resultado en el Grupo 2. (0.1)

q2: Proporción de sujetos sin el resultado en el Grupo 2. (0.9)

k: 6.2

La selección de los participantes fue mediante un muestreo no probabilístico por cuota. Se incluyeron en el estudio a todo paciente hombre o mujer que accediera a participar en el mismo y que firmara el consentimiento informado para contestar los cuestionarios.

Se excluyeron pacientes con déficit cognitivo severo, con discapacidad auditiva y visual que les impidiera contestar los cuestionarios adecuadamente.

Los criterios de eliminación incluían a aquellos pacientes que no aceptarían concluir todos los cuestionarios aplicados.

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición.

Se estudiaron las variables sociodemográficas, preguntadas directamente al paciente (edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y estatus económico actual). De la misma forma se interrogó directamente si existe el antecedente de depresión (ya sea personal o familiar), como es su expectativa de vida actual, el antecedente de diabetes mellitus, y si padeció pérdidas familiares o de amistades recientemente (≥ 1 año).

Igualmente, se trabajaron las variables personales (maltrato psicológico, riesgo de caídas, polifarmacia, capacidad cognitiva) y familiares (funcionalidad familiar, eventos críticos recientes y redes de apoyo, mediante la aplicación de instrumentos de medición ya diseñados.

Para el diagnóstico de depresión se utilizó la Escala de Yesavage (escala geriátrica para depresión) que consta de 30 ítems en las que el paciente respondía si o no, con respecto a cómo se sintió la última semana, las preguntas son orientadas a la satisfacción de su vida, actividades placenteras y expectativas futuras. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. La sensibilidad de esta escala fue del 92% y la especificidad fue del 89%. Es un cuestionario sencillo de usar y se puede completar en 5 a 7 minutos.

La escala Geriátrica de maltrato, diseñada por la Dra. Liliana Giraldo Rodríguez y el Dr. Oscar Carrasco, con un alfa de Cronbach de 0.86; consta de 22 ítems, divididos en cinco categorías, la primera mide maltrato físico (1 al 5), la segunda maltrato psicológico (6 al 11), la tercera negligencia (12 al 15), la cuarta maltrato económico (16 al 20) y el maltrato sexual (21 y 22). Con respuesta 0=no ocurrencia y 1=ocurrencia. Si la respuesta es ocurrencia en cualquier categoría, se considera maltrato en el área evaluada. Esta escala mide el antecedente de maltrato en los 12 últimos meses, sólo se hizo mención al maltrato psicológico.

El riesgo de caídas se estadificó de acuerdo a la Prueba Cronometrada Levántate y anda, la cual consiste en medir el tiempo que tarda el paciente en

levantarse de la silla, caminar a paso normal una distancia de tres metros, dar la vuelta y regresar a la silla. Se clasificó su riesgo de caída de acuerdo al tiempo que transcurrió durante la prueba de manera que se considera: Normal (cuando tarda >10 segundos), con riesgo de caída leve (tarda de 10 a 20 segundos) y alto riesgo de caída (tarda más de 20 segundos).

En cuanto a la polifarmacia se investigó el número de fármacos prescritos al paciente, cuando tenían más de 3, para saber si existe apego al tratamiento, se utilizó el Test de Morinski Green, que consta de seis preguntas aplicadas al paciente. De manera que si el paciente respondía negativamente a mínimo 4 preguntas se considera que es cumplidor y por lo tanto con apego al tratamiento (García, 2000).

Para evaluar el déficit cognitivo se aplicó el Test Minimental, el cual evalúa la orientación, fijación, atención y cálculo, recuerdo, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo, de tal manera que se obtiene una puntuación máxima de 30 pts (Cochrane, 2016).

Se determinó la funcionalidad familiar mediante la aplicación del Test Apgar Familiar. Se categorizó como una Familia disfuncional cuando obtuvo una puntuación (<6 puntos) y Familia funcional (7 a 10 puntos) (Benítez, 2016).

Se utilizó también la Escala de Eventos Críticos de Thomas Holmes, la cual evaluó los posibles eventos estresantes que ocurren en la familia, y que condicionan mala adaptación en la misma. El episodio debe ocurrir de 6 a 8 meses previos a la aplicación del test. Este constara de 43 eventos críticos, que tendrán una puntuación de acuerdo a su magnitud. Se estadificó como: No hay problemas importantes (de 0 a 149 puntos), Crisis leve (150 a 199 puntos), Crisis moderada (200 a 299 puntos) y Crisis severa (más de 300 puntos).

Para medir redes de apoyo se aplicó la escala de DUKE UNK Diseñada en 1982 y modificada en 1988. Consta de 11 ítems que recogen valores referentes al apoyo confidencial y al afectivo. Se mide mediante escala tipo Likert, de 1 a 5, con una puntuación mínima de 11 y máxima de 55, con una media de 33. El apoyo afectivo se mide con los ítems 2, 3, 5, 9 y 11 y el confidencial con los ítems 1,4,6,7,8

y 10.

Tipos de apoyo	Límite inferior- superior	Media	Interpretación
Global	11 al 55	33	Menos de 33 = apoyo social escaso
Afectivo	5-25	15	Menos de 15 = escasos recursos afectivos
Confidencial	6-30	18	Menos de 18 = escaso apoyo confidencial

Para medir el estrato socioeconómico se aplicó la Escala de Graffar-Méndez Castellanos. Mide cinco variables: Profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento, cada variable tiene cinco ítems, cada uno con un valor que va del 1 al 5. Con una puntuación que puede fluctuar del 5 al 20, y se clasifica en la siguiente escala: Estrato alto (04-06puntos), estrato medio alto (07-09), estrato medio bajo (10-12), estrato obrero (13 a 16), estrato marginal (17- 20).

III.3 Procedimiento y estrategia.

Previa autorización del Comité Local de Investigación y de la dirección de la UMF 16, se realizó la selección de participantes, para ello diariamente se acudió a consulta externa en los turnos matutino y vespertino respectivamente, eligiéndose al azar entre 2 a 3 adultos mayores por turno, quienes cumplían los criterios de inclusión y desearon participar en el estudio, posteriormente se les dio a firmar el consentimiento informado y se recolectaron los datos necesarios así como los cuestionarios que fueron autoadministrados. Para el llenado de cada cuestionario aplicado se tardó 40 minutos aproximadamente por paciente, y se realizaron en la sala de espera o en el área de toma de signos vitales de cada consultorio. Los datos se resguardaron bajo los lineamientos éticos de secreto profesional.

III.4 Consideraciones éticas

Este estudio se ajustó a las normas éticas constitucionales y a los principios de la declaración de Helsinki de la Asamblea General de la Asociación Médica, (1964), revisada por la 29va Asamblea Medica Mundial (Tokio,1975) última revisión por la 67° Asamblea General de la AMM, Taipéi, Taiwán, octubre 2016. La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula: “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica.

Se dio a firmar la carta de consentimiento informado a todos aquellos pacientes que desearon participar en el estudio, manteniéndose siempre la confidencialidad de los resultados.

Los pacientes que fueron identificados con depresión o algún grado de deterioro cognitivo, se canalizaron con el médico tratante para un adecuado abordaje y manejo integral.

III.5 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias absolutas y relativas. El análisis inferencial a través de la prueba de X^2 , la razón de momios y la t de Student, con un nivel de confianza del 95%.

Asimismo, se realizó regresión logística para valorar la contribución de los diferentes factores (variables) en la ocurrencia del evento. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS V.21. Los resultados se plasmaron en cuadros.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron 90 pacientes, agrupados en dos grupos de 45 participantes

cada uno, el grupo casos (con depresión) y un grupo control (sin depresión), en los que predominó el sexo femenino 60%. El promedio de edad en el grupo sin depresión fue 69.87 ± 8.14 y en el grupo con depresión 71.22 ± 9.05 (Cuadro IV.1).

La escolaridad primaria tuvo mayor frecuencia 35.5% (grupo casos) y 17.8% (grupo control). La mayoría de los participantes tenían como ocupación pensionado con 42.2% (grupo casos) y 33.3 % (grupo control). Estaban sin trabajo un 71.1% de los casos en el grupo casos y 75.6% en el grupo control; contrastando con lo anterior un 51.1% del grupo casos si recibía ingresos económicos (derivados de su pago pensional) y un 52.2% del grupo control igualmente recibía aporte económico. (Cuadro IV.2).

Con respecto al estado civil, el no tener pareja se presentó en un 4.4% de los participantes en el grupo casos (con depresión) y 4.4% en el grupo control (sin depresión). (Cuadro IV.2).

Ninguna de las variables sociodemográficas fue estadísticamente significativa.

En relación a los factores personales, el antecedente personal de depresión se presentó en el 35.6% en el grupo casos y 22.2% en el grupo control. El maltrato psicológico estuvo presente en el 71.1% (grupo casos) y 46.7% (grupo control), el riesgo de caídas en el 91.1% (grupo casos) contra el 97.8% (grupo control). Todas con $p > 0.05$. En cuanto a las comorbilidades asociados a depresión, un 40% (casos) con antecedente de diabetes mellitus y un 66.7% (casos) hipertensión arterial, comparado con un 44.4% (control), siendo estadísticamente significativo con una $p = 0.028$. (Cuadro IV.3).

En cuanto a los factores familiares predominó que las malas relaciones familiares estuvieron presentes en el 60.0% (casos) y 40.0% (control) $p = 0.091$. Igualmente, la familia disfuncional se presentó con el 60.0% (casos) contra el 40.0% (control) con una p significativa de $p = 0.046$. Solo un 31.1% de los participantes del

grupo casos había tenido una pérdida (familiar o amigo) recientemente, el mismo porcentaje se presentó en el grupo control presentándose una $p= 0.590$. A pesar de ello un porcentaje del 71.1% (grupo casos) afirmó estar sin crisis al momento de la aplicación de instrumentos $p=807$. (Cuadro IV.4).

Las redes de apoyo tuvieron una tendencia deficiente en ambos grupos, de manera que el 64.4% (grupo casos) afirmó estar sin apoyo global $p= 0.001$, el 64.4% (casos) sin apoyo afectivo con una $p= 0.003$ y el 62.2% (casos) sin apoyo confidencial $p= 0.001$. Contrastado con un 28.9% (grupo control), 33.3 (grupo control) y 28.9% (grupo control). (Cuadro IV.5).

De los factores que se asocian a depresión, dentro de los factores sociodemográficos, el no tener ingresos tuvo un OR de 1.093 (IC 95%; 0.478-2.501), el hecho de tener religión tuvo un OR 1.0 (IC 95%; 0.135-7.42). De los factores personales asociados a depresión el deterioro cognitivo leve-moderado tuvo un OR 1.88 (IC 95%; 0.512-6.965). De los factores familiares, la familia extensa presentó un OR de 2.2 (IC 95%; 0.616-7.970). Los demás factores no se asociaron a depresión. (Cuadro IV.6).

Cuadro IV.1. Características sociodemográficas del adulto mayor en los dos grupos

n: 45 por grupo

Características	Con depresión	Sin depresión	t	Valor de p
Edad promedio	71.22	69.87	- 0.746	0.457

** Chi cuadrada significativa <0.05

Fuente: Encuestas a pacientes con o sin depresión de la Unidad de Medicina Familiar

Nº. 16, Querétaro, durante el periodo 2017-2018.

Cuadro IV.2. Características sociodemográficas del adulto mayor en los dos grupos.

n: 45 por grupo

Características	Con depresión		Sin depresión		Total		Valor de p	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
Sexo								
Femenino	28	62.2	26	57.8	54	60.0	0.415	
Masculino	17	37.8	19	42.2	36	40.0		
Escolaridad								
Analfabeta	4	8.9	5	11.1	9	10.0	0.505	
Sabe Leer y Escribir	1	2.2	2	4.4	3	3.3		
Primaria	16	35.5	23	51.1	39	43.3		
Secundaria	14	31.1	8	17.8	22	24.4		
Preparatoria	6	13.3	4	8.9	10	11.1		
Licenciatura	4	8.9	3	6.7	7	7.8		
Ocupación								
Desempleo	2	4.4	0	0.0	2	2.2		0.165
Empleado	9	20.0	6	13.3	15	16.7		
Hogar	14	31.1	22	48.9	36	40.0		
Obrero	1	2.2	0	0.0	1	1.1		
Pensionado	19	42.2	15	33.3	34	37.8		
Otro	0	0.0	45	4.4	2	2.2		
Religión								
Creyente	43	95.6	43	95.6	86	95.6	0.692	
No Creyente	2	4.4	2	4.4	4	4.4		

** Prueba de X2, significativa <0.05

Fuente: Encuestas a pacientes con o sin depresión de la Unidad de Medicina Familiar

Nº 16, Querétaro, durante el periodo 2017-2018.

Cuadro IV.2 Características sociodemográficas del adulto mayor en los dos grupos.

n: 45 por grupo

Características	Con depresión		Sin depresión		Total		Valor de p
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
Universitario							
Si	4	8.9	3	6.7	7	7.8	0.500
No	41	93.3	42	93.3	83	92.2	
Trabajo							
Si	13	28.9	9	20.0	22	24.4	0.231
No	32	71.1	36	80.0	68	75.6	
Tiene pareja							
Con pareja	2	4.4	2	4.4	4	4.4	0.692
Sin pareja	43	95.6	43	95.6	86	95.6	
Ingresos económicos							
Si	23	51.1	24	53.3	47	52.2	0.500
No	22	48.9	21	46.7	43	47.8	

** X² Significativa <0.05

Fuente: Encuestas a pacientes con o sin depresión de la Unidad de Medicina Familiar N° 16, Querétaro, durante el periodo 2017-2018.

Cuadro IV.3. Factores personales del adulto mayor en los dos grupos

n: 45 por grupo

Características	Con depresión		Sin depresión		Total		Valor de p
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
Antecedente personal de depresión							
Si	16	35.6	10	22.2	26	28.9	0.122
No	29	64.4	35	77.8	64	71.1	
Diabetes mellitus							
Si	18	40.0	19	42.2	37	41.1	0.500
No	27	60.0	26	57.8	53	58.9	
Hipertensión arterial							
Si	30	66.7	20	44.4	50	55.6	0.028**
No	15	33.3	25	55.6	40	44.4	
Maltrato psicológico							
Si maltrato	32	71.1	21	46.7	53	58.9	0.026**
No maltrato	13	28.9	24	53.3	37	41.1	
Riesgo de caídas							
Con riesgo	41	91.1	44	97.8	85	94.4	0.180
Sin riesgo	4	8.9	1	2.2	1	5.6	
Polifarmacia							
Si	35	77.8	31	68.9	66	73.3	0.238
No	10	22.2	14	31.1	24	26.7	

** Prueba X², significativa <0.05

Fuente: Encuestas a pacientes con o sin depresión de la Unidad de Medicina Familiar N° 16, Querétaro, durante el periodo 2017-2018.

Cuadro IV.4. Factores familiares del adulto mayor en los dos grupos.

n: 45 por grupo

Características	Con depresión		Sin depresión		Total		Valor de p
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
Relaciones familiares							
Adecuadas	18	40.0	27	60.0	45	50.0	0.046**
Inadecuadas	27	60.0	18	40.0	45	50.0	
Familia disfuncional							
Si	27	60.0	18	40.0	45	50.0	0.046**
No	18	40.0	27	60.0	45	50.0	
Familia extensa							
Si	4	8.9	8	17.8	12	13.3	0.176
No	41	91.1	37	82.2	78	86.7	
Antecedente familiar de Depresión							
Si	7	15.6	7	15.6	14	15.6	0.614
No	38	84.4	38	84.4	76	84.4	
Eventos críticos							
Con crisis	10	22.2	12	26.7	22	24.4	0.403
Sin crisis	35	77.8	33	73.3	68	75.6	

** Prueba X², significativa <0.05

Fuente: Encuestas a pacientes con o sin depresión de la Unidad de Medicina Familiar N° 16, Querétaro, durante el periodo 2017-2018.

Cuadro IV.5. Redes de apoyo social del adulto mayor en los dos grupos.

n: 45 por grupo

Características	Con depresión		Sin depresión		Total		Valor de p
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
Red de Apoyo Global							
Con Apoyo	16	35.6	32	71.1	48	53.3	0.001**
Sin Apoyo	29	64.4	13	28.9	42	46.7	
Red de Apoyo Afectivo							
Con Apoyo	16	35.6	30	66.7	46	51.1	0.003**
Sin Apoyo	29	64.4	15	33.3	44	48.9	
Red de Apoyo Confidencial							
Con Apoyo	17	37.8	32	71.1	49	54.4	0.001**
Sin Apoyo	28	62.2	13	28.9	41	45.6	

** Prueba X², significativa <0.05

Fuente: Encuestas a pacientes con o sin depresión de la Unidad de Medicina Familiar N° 16, Querétaro, durante el periodo 2017-2018.

Cuadro IV.6 Factores sociodemográficos, personales y familiares asociados a depresión en el adulto mayor

n: 45 por grupo

Característica	Valor de p	RM	Intervalo de confianza al 95%	
			Min	Max
Factores Sociodemográficos				
Sexo Femenino	0.333	0.755	0.323	1.766
Universitario	0.500	0.732	0.154	3.476
No tener pareja	0.692	1.0	0.135	7.426
No Tener Ingresos	0.500	1.093	0.478	2.501
Religión (No creyente)	0.692	1.0	0.135	7.426
Personales				
Antecedente de Depresión	0.122	0.518	0.204	1.314
Antecedente de DM	0.500	1.096	0.473	2.539
Antecedente de HAS	0.028**	2.5		
Maltrato Psicológico	0.016**	0.984		
Deterioro Cognitivo Leve-Mod	0.261	1.888	0.512	6.965
Riesgo de Caídas	0.180	0.233	0.025	2.171
Polifarmacia	0.238	0.633	0.246	1.627
Familiares				
Familia Disfuncional	0.046**	2.25		
Antecedente de Depresión	0.614	1.0	0.320	3.127
Familia Extensa	0.176	2.216	0.616	7.970
Malas relaciones familiares	0.046**	2.25		
Deficientes Redes de Apoyo				
Global	0.001**	0.776		
Afectivo	0.003**	0.724		
Confidencial	0.001**	0.753		

** Prueba de X^2 , significativa <0.05

Fuente: Encuestas a pacientes con o sin depresión de la Unidad de Medicina Familiar N° 16, Querétaro, durante el periodo 2017-2018

V. DISCUSIÓN

La depresión en el adulto mayor es un tema poco estudiado y detectado, a pesar de que se considera la enfermedad mental más frecuente en ese grupo etario. El inconveniente principal de este hecho es que está asociada a múltiples factores (biológicos, familiares, sociales, personales etc.).

A pesar de que muchas fuentes literarias afirman que la depresión es más frecuente en mujeres a razón de 2:1 en el presente estudio a pesar de que hubo predominio del sexo femenino (60% vs 40%) esto no fue estadísticamente significativo para asociarse a depresión. Debido a que las mujeres acuden con más frecuencia a los servicios de salud comparado con los hombres.

El tener una escolaridad universitaria se asociaba 3.6 veces más a depresión. Contrario a ello, la depresión predominó en escolaridades bajas (primaria y secundaria), y solo un 8.9% de los pacientes deprimidos tenían un nivel de estudio universitario. Esto debido a que la mayoría de los adultos mayores en este estado solo cursaron estudios básicos (Velasco VM 2014).

La jubilación obliga al adulto a readaptar su vida, puesto que disminuye su ingreso económico y algunas veces solo alcanza para satisfacer sus necesidades básicas, dejando fuera las necesidades de afecto, reconocimiento y autorrealización, la jubilación es otro factor asociado a depresión. Un 42.2% de los encuestados con depresión eran pensionados o jubilados contra un 33.3% de los encuestados del grupo control. Asimismo, un 51.1% de los de grupo con depresión recibían ingresos económicos mensuales contra el 53.3% del grupo sin depresión. A pesar de estas cifras, el contar con remuneraciones económicas, no necesariamente te protege contra padecer depresión, debido a que la mayoría de las veces el sueldo de la pensión es mínimo y solo les permite satisfacer necesidades básicas de cuidado (Velasco VM 2014).

El ser parte de una familia extensa se asocia a 2.6 veces a padecer depresión, al igual que el pertenecer a una familia disfuncional se asocia a 4.25 veces más de padecer depresión. (Velasco VM 2014).

Coincidiendo con el estudio, el adulto mayor que pertenecía a una familia extensa tuvo 2.2 veces más probabilidad de presentar depresión, aunque no pudo hablarse de una clara asociación. En cuanto a la familia disfuncional se observó una diferencia entre el grupo caso comparado con el grupo control, sin embargo, no se asoció a depresión puesto que si OR 0.444. Esto se debe a que la familia es la fuente primordial de apoyo emocional, social incluso económico para el adulto mayor, y al ser parte de una familia extensa el cuidado y afecto hacia el anciano pasa a un segundo plano. Lo mismo ocurre en familias con disfunción, en donde la familia no es capaz de afrontar las crisis y contrario a ello favorece su agravamiento.

El 40% de los pacientes ancianos con trastornos depresivos presentan comorbilidades, siendo la diabetes mellitus una de las principales por su prevalencia a nivel mundial. Según CENETEC 2011, las personas con diabetes mellitus tienen 3.4 veces más probabilidad de desarrollar depresión, debido a que la mayoría tienen una evolución tórpida, mal apego y por lo tanto mal pronóstico. La asociación entre depresión y diabetes mellitus no fue significativa en esta investigación, en cambio lo que llamo la atención fue que la hipertensión arterial se presentó más en el grupo caso, aunque esto no fue significativo pues el OR fue de 0.444, por lo que no hubo asociación. Lo anterior se debe al gran aumento que están teniendo las enfermedades crónico degenerativas a nivel mundial, secundarias la mayor esperanza de vida.

Los factores psicosociales forman parte de la expresión de esta enfermedad, dentro de estos los antecedentes personales de depresión tienden a ser más significativos para padecer un nuevo episodio, comparado a los antecedentes familiares de depresión. Difiriendo con lo anterior tanto el antecedente personal de depresión como el antecedente familiar no se asociaron, presentado un OR de 0.518 y de 1.0. Aunque el haber tenido un episodio previo de depresión aumenta el riesgo de presentar un siguiente episodio, esto se ve desfavorecido cuando la percepción hacia la vida del enfermo cambia, y adquiere redes de apoyo y terapias ocupacionales fuertes que le impiden recaídas.

La ancianidad va emparejada a la inseguridad, la física debido a que su cuerpo no responde como antes, la inseguridad económica, por la duda sobre si contara con los recursos suficientes para la vida y una muerte digna, y la inseguridad social porque es más frecuente el maltrato, despojo, abandono y homicidio de los ancianos. Acompañando a estos factores se encuentra la muerte de familiares y amigos que pudieran preceder a su suya, y que condicionara mayor soledad, lo que a su vez refuerza su inseguridad ya existente. Un factor protector para evitar estos problemas es contar con adecuadas redes de apoyo sociales. El apoyo social percibido por los participantes con depresión estuvo reducido en sus tres parámetros (global, afectivo y confidencial), mostrando una diferencia significativa entre ambos grupos, aunque no hubo asociación entre deficiente apoyo social y depresión (OR 0.224). La mayoría de los adultos mayores carecen de adecuadas redes de apoyo social, pero a pesar de esto muchos logran adaptarse sin alterar su salud mental.

VI. CONCLUSIONES

La hipertensión arterial en el adulto mayor es un factor que se asocia a

depresión, acarreado un riesgo de 2.5 veces mayor que en adultos sanos. Con respecto al maltrato psicológico, aunque se evidencio su prevalencia en el grupo con depresión no es estadísticamente significativo.

Dentro de los factores familiares, tener una familia extensa aumenta el riesgo 2.2 veces más, de desarrollar depresión, aunque no se puede hablar de una clara asociación entre estos factores. En cambio, la percepción de una mala relación familiar se asoció a depresión con un riesgo de 2.25, resultado que fue similar con la aplicación del instrumento para valorar funcionalidad familiar, de manera que el pertenecer a una familia disfuncional se asociaba a un riesgo de 2.25 veces mayor para padecer depresión.

Ningún factor sociodemográfico (sexo, escolaridad, estado civil, ingresos económicos) mostró asociación con depresión en el adulto mayor. De manera que se acepta la hipótesis nula.

En los demás factores personales y familiares (antecedente personal y familiar de depresión, antecedente de diabetes mellitus, riesgo de caídas y polifarmacia), aunque prevalece en ellos la depresión, la asociación no es estadísticamente significativa. De manera que se acepta la hipótesis nula.

VII. PROPUESTAS

Fomentar la aplicación obligatoria de instrumentos de detección para

depresión, en todas las unidades médicas de medicina familiar, principalmente en adultos mayores con factores de riesgo, para así lograr un diagnóstico oportuno y tratamiento especializado.

Crear grupos de apoyo multidisciplinario para capacitar al enfermo y su familia sobre este padecimiento.

Promover la creación de talleres de apoyo emocional, en donde se den pláticas sobre inteligencia emocional, como afrontar el duelo y el amor a la vida impartido por personal capacitado. Asimismo, talleres prácticos para terapia ocupacional.

VIII. LITERATURA CITADA

Baca E. Aroca F.(2014. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos

depresivos y ansiedad. *Salud Mental*. Vol.(37):373-380

Barry E., Galvin R., Keog C., Horgan F.(2014) Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. pp123.

Benitez Molina A, Caballero MA. 24 noviembre del 2016. Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta colombiana de Psicología*. 20(1), 221-231.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2011) Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el Primer Nivel de Atención. IMSS-194-10.. pp 8.

Cochrane [internet].(2016) Mini-mental State Examination (MMSE) para la detección de la demencia en las personas de 65 años o mayores.. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD011145/mini-mental-state-examination-mmse-para-la-deteccion-de-la-demencia-en-las-personas-de-65-anos-o>.

Consejo Nacional de Poblacion (CONAPO) (2010) Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. 2010 (actualizado en 2010) Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/22_Cuadernilo_Queretaro.pdf

Covarrubias GA.(2012). Epidemiología del dolor crónico en México. *Rev. Mex. de Anestesiología*. pp: 207-213.

Cuellar I, Dresh V. (2012) Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-1 en personas cuidadoras. *RIPED*. N°34. VOL. 1.

Declaración de Helsinki de la AMM. (1964) Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. Adoptada por la Asamblea Medica Mundial, Helsinki, Finlandia.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2013) 5th ed. rev.: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Diario oficial de la federación.(2013) NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Disponible en:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

Fong, JA, Hechavarria JB. (2002) Geriatría: ¿Es desarrollo o una necesidad? Medisan. Vol. 6(1): 69-75.

Franco ML., Seoane A. (2001) Características del dolor crónico en el anciano: Tratamiento. Rev. Soc. Esp. del Dolor.

Garcia Perez AM, Leiva Fernandez F, Martos Crespo F, Garcia AJ, Prados Torres D. (2000) ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. Medicina de Familia (And) Vol.1, pp 13-19.

Geriatría: Dolor en el anciano. (2016) Facultad de Medicina. Universidad de Chile [internet] Actualizado el 02 noviembre 2016. Disponible en: http://www.basesmedicina.cl/geriatria/02_dolor_anciano/contenidos.htm.

Gerontologia [internet] actualizado en 02 noviembre del 2016. Disponible en: <http://gerontologiauap.blogspot.mx/2015/11/dolor-cronico-en-adultos-mayores.html>.

Granados JA, Peralta M, Munguía C, López JM, Ávila A, Rodríguez R. (2007) Síntomas depresivos como factores de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años. Medigraphic. Gac. Med. Méx. Vol 143 (4): 285-289.

Kurlowicz L. La escala de depresión geriátrica (GDS). (2007) New York University College of Nursing.

Mantilla Toloza SC, Gómez A. (2007) El cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. Rev Iberoam Fisioter Kinesol. Vol. 10(1): 48-52

Nacional Institute of Mental Health. [internet] Actualizado en: Octubre 2014 Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/el-suicidio-en-los-estadosunidos/index.shtml>

Organización Mundial de la Salud [internet]. (2016) [actualizado 02 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.

Otman C, Mirna F. (2012) Depresión post-ictus: frecuencia y factores determinantes. Rev. Cubana de Neurología y Neurocirugía. pp 9-16.

Peralta-Pedrero ML. (2013) Guía de práctica clínica: Prescripción farmacológica en el adulto mayor. Rev. Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. pp 228-239.

Platón L. (2012) Acerca de la Vejez. De Senectute. Marco Tulio Cicerón. Sequitur. pp.43.

Prieto M, Villanueva EY. (2016) Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel. Med. Int. Mex. Julio pp 388-395.

psicomed.net [internet]. DSM IV. (2016) Disponible en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html>

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Rodriguez Testal JF, Sernin Calderon C, Perona Garcelan S. (2014) From DSM-IV to DSM-V: Analysis of some changes. International Journal of Clinical and Health Psychology vol. 14, 221-231

Sánchez C. (2016) Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con las variables demográficas, psicosociales y psicológicas (tesis doctoral). Universidad de Málaga.

Serra-Urra M, Germán-Meliz JL. (2013) Polifarmacia en el adulto mayor. Rev. Habanera de Ciencias Médicas.

Servicio de Traumatología y cirugía ortopédica 1 Gonalgia [internet]. (2011) Hospital de Burela.

Taylor WD. (2014) Clinical practice. Depression in the elderly. N Engl J Med. Sep vol 367:1228-36.

Universidad Nacional Autónoma de México. (2016) [actualizado 02 noviembre 2016]. Disponible en: http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&cat=sociedad&pl=para-el-2050-mas-de-la-cuarta-parte-de-la-poblacion-en-mexico-sera-vieja

Vázquez VH, Ortega PM. (2016) Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. Atem. Fam. Vol. (23)1: 29-33.

Velasco VM, Contreras RG, Alemán J. (2014) Depresión en el adulto mayor y factores relacionados. 15° Congreso Virtual de Psiquiatría.

Velasco-Rodríguez VM, Martínez-Ordaz VA, Roiz J. (2002) Muestreo y Tamaño de muestra.

Una guía práctica para personal. Muestreo y Tamaño de muestra Torreón, Coahuila, Méx.

Villanueva MM, Guzman FJ, Toyos RA y Navarro F. (2003) Sensibilidad y especificidad de los criterios OARSI de mejoría para artrosis: el efecto de la utilización de tres diferentes medidas de dolor. Rev Esp Reumatol. vol : 30 (3): 105-9.

Zavala SL, Nuñez R, Chavarria R. (2011) Depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle, Marzo 2011. Rev. Fac. Cienc. Med. pp 9-22.

Zetina M. (1999) Conceptualización del proceso de envejecimiento. No. 19. Papeles de la población. Universidad Autónoma de México.

IX. ANEXOS

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTRUMENTO DE RECOLECCION

**“FACTORES PERSONALES Y SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR
ADSCRITO A LA UMF 16”**

NOMBRE: _____ NSS: _____ FECHA: ____

SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ EDO. CIVIL: _____
RELIGION: _____ ESTRATO SOCIOECONOMICO (GRAFFAR-MENDEZ
CASTELLANOS). Puntaje: _____ 04-06: estrato alto 07-09: Estrato medio alto
10-12: estrato medio bajo 13-16: Estrato obrero 17-20: Estrato marginal

PERSONALES

DEPRESION PREVIA: _____ DIABETES MELLITUS: _____ INACTIVIDAD FISICA: _____
DISCAPACIDAD SENSORIAL (¿Cuál?): _____

.....
ESCALA DE YESAVAGE: Depresión geriátrica

() 0-10 normal () 11-14 Depresión () >14 Depresión

.....
TEST MINI-MENTAL: Deterioro cognitivo

Puntaje: _____ ≥ 27 pts: Normal <27 pts: déficit cognitivo

.....
ESCALA DE MORISKI: Apego al tratamiento.

Puntaje: _____ () Cumplidor () No Cumplidor

.....
PRUEBA LEVANTATE Y ANDA: Riesgo de caídas.

() Normal (<10seg) () Riesgo leve (10-20seg) () Riesgo alto (>20 seg)

FAMILIARES

.....
Rel. Familiares (Buenas, Malas, Regular): _____ Antecedente familiar de depresión:
_____ Muerte reciente de familiar o amigo: _____

Test APGAR Familiar: Funcionalidad familiar

_____ Disfuncional (0-3 pts) _____ Moderada disfunción (4-6 pts) _____ Funcional (7-10 pts)

TIPOLOGIA FAMILIAR:

Según composición: _____ Según demografía: _____ Según economía: _____ Según ocupación: _____ Según presencia física en el hogar: _____ Otros: _____

ESCALA DE GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANOS: Estrato Socioeconómico de la familia

Puntaje: _____ 04-06: estrato alto 07-09: Estrato medio alto 10-12: estrato medio bajo 13-16: Estrato obrero 17-20: Estrato marginal

CUESTIONARIO DUKE-UNC (Autoadministrado): Valora el Apoyo social.

Puntaje: _____ Global: <33 apoyo social escaso Afectivo: <15 Escasos recursos afectivos Confidencial: <18 Escaso apoyo confidencial.

ESCALA DE THOMAS HOLMES: Eventos críticos

Puntaje: _____ No hay problemas importantes (0 a 149 pts) Crisis leve (150 a 199 pts.) Crisis moderada (200 a 299 pts) Crisis severa (mas de 300 pts).

Dra. Rosa Melissa Mayorga Cruz R3MF



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:

“Factores personales y sociofamiliares asociados a la depresión en el adulto mayor”.

Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, a	
Número de registro:	17 CI 22 014 021	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar los factores personales y sociofamiliares asociados a la depresión en el adulto mayor	
Procedimientos:	Se aplicarán nueve cuestionarios previo consentimiento de los pacientes quienes contestarán cada uno de los rubros solicitados, los resultados serán analizados para de esta manera determinar los factores más asociados a depresión en el adulto mayor.	
Posibles riesgos y molestias:	Los cuestionarios aplicados pretenden extraer información personal, la cual puede motivar incomodidad de quien responde los cuestionarios aplicados.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al determinar los riesgos se podrá realizar una mejor planeación orientados al cuidado de la salud de cada paciente en el primer nivel de atención	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informará al paciente al término del estudio.	
Participación o retiro:	Se garantiza dar respuesta a cualquier duda y se da la libertad de retirar su consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento que se desee sin que esto afecte los intereses personales.	
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.	
En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica		
0	No autoriza que se tome la muestra.	
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		No aplica
Beneficios al término del estudio:		Informar sobre los resultados obtenidos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dra . Rosa Melissa Mayorga Cruz R2 Medicina Familiar		
Investigador or Responsable:	Dra. Leticia Blanco Castillo, Medico Responsable de la Investigación y Co-director	
Colaboradores:	Dra . Rosa Melissa Mayorga Cruz R1 Medicina Familiar Dra. Martha Leticia Martínez Martínez Asesor Metodológico	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
Nombre y firma del sujeto _____		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____
Testigo 1 _____		Testigo 2 _____
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio		
Clave: 2810-009-013		

Anexo 3

ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS

Consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento. Variables	puntos	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las

		Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO EN LA ESCALA DE GRAFFAR:

PUNTAJE

04-06
07-09
10-12
13-16
17-20

INTERPRETACION

ESTRATO ALTO
ESTRATO MEDIO ALTO
ESTRATO MEDIO BAJO
ESTRATO OBRERO
ESTRAO MARGINAL

Anexo 4

CUESTIONARIO DE DUKE-UNK

INTERPRETACION DE LA ESCALA DE DUKE

Instrucciones para el paciente:		Mucho menos de lo que	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una de las respuestas que mejor refleje su situación según los siguientes criterios:		1	2	3	4	5
1.-Recibo visitas de mis 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 e 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						
PUNTUACION TOTAL:						
Tipos de apoyo	Límite inferior- superior	Media		Interpretación		
Global	11 al 55	33		Menos de 33 = apoyo social escaso		
Afectivo	5-25	15		Menos de 15 = escasos recursos afectivos		
Confidencial	6-30	18		Menos de 18 = escaso apoyo confidencial		

Anexo 5

ESCALA GERIATRICA PARA DEPRESION YESAVAGE (1983)

Pregunta a realizar

Respuesta

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida esta vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza a futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que esta?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	NO
¿Su mente esta tan clara como antes?	NO

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
0 - 10	Normal
11 - 14	Depresión (sensibilidad 84%, especificidad 95%)
>14	Depresión (sensibilidad 80%, especificidad 100%)

Anexo 6

EVALUACION COGNITIVA MINI MENTAL (MMSE)

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes _____
 Día mes _____
 Año _____
 Día semana _____

Total: _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos.
 Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Árbol _____
 Mesa _____
 Avión _____

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Total: _____

Número de repeticiones: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta Paciente

Respuesta correcta **9 7 5 3 1**

Total: _____

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel _____
 Dobla _____
 Coloca _____

Total: _____

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol _____
 Mesa _____
 Avión _____

Total: _____

6. Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.



Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.

Correcto: _____



SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6

SUMA TOTAL:

Puntaje obtenido (en mas de 8 años de escolaridad):	Interpretación
≥24	Sin deterioro
19-23	Deterioro cognitivo leve
14 a 18	Deterioro cognitivo moderado
≤14	Deterioro cognitivo grave

Puntaje de corte del MMSE por edad y años de educación	Puntaje de corte	Interpretación
Edad de 56 a 75 años:		
Educación menos de 5 años:	24	Sin deterioro
Educación de 5 a 7 años:	26	Sin deterioro
Educación de 8 a 12 años:	27	Sin deterioro
Educación más de 12 años:	27	Sin deterioro

Anexo 7
ESCALA DE MORISKI

1. ¿TOMA SIEMPRE LA MEDICACION A LA HORA INDICADA?
 - SI
 - NO

2. EN CASO DE SENTIRSE MAL ¿HA DEJADO DE TOMAR LA MEDICACION ALGUNA VEZ?
 - SI
 - NO

3. EN ALGUNA OCASIÓN ¿SE HA OLVIDADO DE TOMAR LA MEDICACION?
 - SI
 - NO

4. DURANTE EL FIN DE SEMANA ¿SE HA OLVIDADO DE ALGUNA TOMA DE LA MEDICACION?
 - SI
 - NO

5. EN LA ULTIMA SEMANA ¿Cuántas VECES NO TOMO ALGUNA DOSIS?
 - Ninguna vez
 - 1 a 2 veces
 - 3 a 5 veces
 - 6 a 10 veces
 - Mas de 10 veces

6. DESDE LA ULTIMA VISITA, ¿Cuántos DIAS COMPLETOS NO TOMO LA MEDICACION?
 - Días: _____

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
4 PREGUNTAS (SI/NO/NO/NO)	CUMPLIDOR

Anexo 8

ESCALA GERIÁTRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 ¿No han respetado sus decisiones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1 punto = Maltrato

Anexo 9
PRUEBA LEVANTATE Y ANDA

Timed Up & Go (Levantate y anda)
(Podsiadlo y Richardson, 1991)

- Paciente bien sentado contra el respaldo de la silla, **con apoyo de brazos**.
- Brazos descansando sobre los muslos, y los **pies colocados justo detrás de la línea de partida**.
- Marcar un recorrido de **3 metros desde la línea de partida hacia una pared**.
- Evaluador: se ubica de pie, a media distancia entre la línea de partida y la marcación a 3 mts de esta.
- A la orden de partida, se pide al paciente:

-Se levante de la silla, camine a paso normal los tres metros hacia la pared,

-De la vuelta, y regrese a la silla, volviendo a retomar la posición sentado.

- Cronometrar el tiempo desde que se da la orden de partida, hasta que el sujeto tras caminar el recorrido de seis metros retorna a su silla y apoya su espalda contra el respaldo de esta.
- Registre observaciones: **¿Uso de ayuda técnica? SI NO, ¿Cuál? Bastón, andador, silla de ruedas.**
- **Normal < 10 seg, Riesgo leve de caída 10 a 20 seg., Alto riesgo de caída > 20 seg.**

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
< 10 segundos	NORMAL
10- 20 segundos	Riesgo de caída leve
>20 segundos	Alto riesgo de caída

TEST APGAR FAMILIAR

Preguntas	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
0 a 3	Familia disfuncional
4 a 6	Moderada disfunción familiar
7 a 10	Familia funcional

1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	63
4	Causas penales	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Pérdida del empleo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambios en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Problemas sexuales	39
14	Nacimiento de un hijo	39
15	Reajuste de negocios	39
16	Cambios en el estado financiero	38
17	Muerte de un amigo muy querido	37
18	Cambio a línea diferente de trabajo	36
19	Cambio de número de discusiones con la pareja	35
20	Hipoteca mayor	31
21	Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22	Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23	Uno de los hijos abandona el hogar	29
24	Dificultades con los parientes políticos	29
25	Logra personal notable	28
26	La esposa comienza (o deja de) trabajar	26
27	Inicia o termina la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Revisión de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de recreación	19
35	Cambio en las actividades religiosas	19
36	Cambio en las actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo menor	17
38	Cambio en los hábitos del sueño	16
39	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40	Cambio en los hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidad	12
43	Violaciones menores a la ley	11

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
De 0 a 149	No hay problemas importantes
150 a 199	Crisis leve
200 a 299	Crisis moderada
Mas de 300	Crisis severa