



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud

Fundación H. A. Barceló

Maestría en Gerontología Clínica

Tesis

Depresión y Vulnerabilidad en Adultos Mayores

BOVRIL (Entre Ríos) Argentina

2019

Directora de Tesis: Dra. Liliana Mendez Castells

Autor: Fernando Rubén Díaz

Resumen

La presente investigación tiene por finalidad, analizar la Depresión y Condiciones de Vulnerabilidad en Adultos Mayores de 65 años que concurren a Clínica Bovril SA. Se trata de un Estudio Predictivo, Cuantitativo, de corte Transversal. Para ello se ha administrado la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG), en su versión abreviada de 15 reactivos. La muestra se compone de **N=61**. Se encontró que el **18%** de los sujetos poseen **indicadores de depresión**, de los que **8,2% debería indagarse con mayor profundidad** para darle seguimiento. Con respecto a los Rangos de edad, se descubrió a que **a partir de los 80 años comienzan a incrementarse los indicadores de depresión**. La participación social es muy importante en los gerontes para no acumular indicadores que podrían llevar a la Depresión. Otro punto relevante se relaciona a **la Creencia de sentirse** (de pensarse) **como una persona enferma**, esto es independiente a que la persona padezca una enfermedad o no (**determina la depresión, el sentirse de esta manera**). Con referencia a la caracterización de los pacientes, serán más propensos a la enfermedad aquellos que: **1) no se sientan feliz la mayor parte del tiempo, 2) los que sienten la constante amenaza de que algo malo les va a pasar, 3) suspender actividades sociales con mayor frecuencia y 4) preferir quedarse en su casa**; con estas 4 variables se puede determinar con 90% de precisión la depresión (en el orden que se menciona). Desde el contexto social, cuando se indagó sobre los gerontes que están en mejores condiciones que ellos, las más importantes resultaron ser que los AM de esta muestra: **1) Tienen problemas de memoria (or 18,27) y Se Sienten indefensos (or 11,77)**. Tomando los datos con la misma muestra de Adultos Mayores, pero relacionado con la Calidad de Vida, se descubrió que un buen instrumento para predecir la Depresión, **es utilizar las Escalas Whoqol-Bref y la de EuroQol-5D**. Relacionando la Depresión a la Calidad de vida, se encontró que 4 variables son las relevantes en este orden: **1) Disfrutar de la Vida, 2) Poder realizarse cuidados personales, 3) No sentir que la Ansiedad o la Depresión le están ganando en su vida cotidiana y 4) Poder aceptar su Apariencia Física** (estas tienen un 71% de predicción de la Depresión si dan valores bajos).

Palabras claves

Adulto Mayor – Depresión – Vulnerabilidad – Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) – Bovril. Entre Ríos

Índice General

1. Introducción	4
2. Pregunta de investigación	5
3. Objetivos.....	5
3.1. General.....	5
3.2. Específicos	5
4. Justificación	6
5. Marco teórico.....	6
Antecedentes	6
Conceptos. Depresión. Vulnerabilidad en adultos mayores	7
6. Material y Métodos	11
6.1. Población y muestra.....	11
6.2. Técnicas de recolección de datos.....	11
6.3 Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG).....	12
Variables Clasificadoras	12
7. Resultados.....	13
7.1. Confiabilidad de los Datos.....	13
7.2. Estadísticos para la Depresión y Su Prevalencia.....	14
7.3. Pruebas de Hipótesis	16
7.4. Análisis Predictivo	20
7.5. Estudio entre la Calidad de Vida y la Ansiedad.....	21
8. Discusión.....	23
9. Conclusiones.....	28
10. Bibliografía.....	29
11. Anexos.....	35
Protocolo administrado.....	35
Matriz de datos	37

1. Introducción

La pirámide poblacional mundial va cambiando rápidamente, logrando un ensanchamiento en la parte superior que corresponde a la población de adultos mayores, ya que estos por distintos factores, extienden cada vez más la duración de la vida. Señala la OMS que entre 2015 y 2050, se multiplicará casi por dos la población mundial mayor de 60 años. Por lo que, si bien la salud mental y el bienestar tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida, la atención sobre el adulto mayor como miembro valioso y activo de la sociedad se hace cada vez más relevante. Estos ocupan espacios cada vez más diversos, y cuanto mejor sea su estado de salud y bienestar psicológico, mejor será la calidad del aporte de éstos al conjunto de la sociedad.

También señala la OMS, que ni el personal sanitario, ni los propios adultos mayores, reconocen cabalmente la verdadera dimensión de los problemas de salud mental, lo que evita que la búsqueda y ofrecimiento de ayuda, se den adecuadamente. Estos enfrentan factores de riesgo que los exponen a vulnerabilidades, como condiciones de estrés por pérdidas de capacidades, de seres queridos, por limitaciones funcionales, por padecimientos como dolor crónico, pérdida de movilidad, fragilidad o problemas de salud varios. También la pérdida de estatus socioeconómico tras la jubilación, puede combinarse con aislamiento, soledad, sufrimiento psicológico, afectando la salud mental y del cuerpo. (1)

Asimismo, los adultos mayores, cabe mencionar, que son especialmente vulnerables al maltrato (físico, psicológico, emocional, económico, incluso sexual), así como al abandono, la falta de atención y a las pérdidas de dignidad y respeto. “Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.” (1)

Ante estas situaciones, el adulto mayor puede enfrentarse a la depresión. La OMS estima que la depresión en adultos mayores es un problema de salud pública, en tanto se trata de una afección que puede causar grandes sufrimientos y trastornar la vida cotidiana. Se estima que la depresión afecta un 7% de la población de adultos mayores en general, y se ha observado que, en términos generales, la depresión no se diagnostica ni se trata

debidamente en los establecimientos de atención primaria de la salud, por lo que es frecuente que los síntomas de este trastorno, se pasen por alto y no se traten en adultos mayores. (1) (2)

2. Pregunta de Investigación

En cuanto a la problemática detectada, en el presente estudio se procura dar respuesta al siguiente interrogante científico (3):

¿Cómo se caracterizan la Depresión y Vulnerabilidades de los Adultos Mayores, pacientes de Clínica Bovril, S.A. Entre Ríos, en 2019?

Para dar respuesta al presente, se ha realizado una investigación de campo, a través de la administración de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG), en su versión abreviada de 15 reactivos.

3. Objetivos

3.1. General

Caracterizar la Depresión y Vulnerabilidades de adultos mayores, pacientes de Clínica Bovril, S.A. Entre Ríos, en 2019.

3.2. Específicos

1. Evaluar la consistencia interna del instrumento utilizado: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG), a fin de verificar su confiabilidad.
2. Determinar la Prevalencia de la Depresión en los adultos mayores de Bovril (Entre Ríos), a través de la recolección y análisis de síntomas relacionados a esta enfermedad.
3. Realizar pruebas de Hipótesis para las variables clasificatorias e identificar en casos donde estas son relevantes.
4. Identificar las variables más influyentes en materia de Depresión y Vulnerabilidad.

5. Utilizar la base de datos obtenida de la misma muestra de Adultos Mayores, pero relacionado con la Calidad de Vida, y cruzar la información con la Depresión, para estudiar con mayor profundidad el fenómeno.

4. Justificación

La realidad del envejecimiento poblacional con sus consecuentes cambios sociales y demandas de políticas públicas e institucionales acordes (4), y la necesidad de integrar activamente a la población adulta dada su creciente importancia a todas las áreas productivas, recreativas y culturales de la sociedad, llaman a realizar un acercamiento a la realidad del adulto mayor, a sus problemáticas y a buscar las mejores formas de crear instituciones responsables, preventivas y con elevada atención de cuidados y contención. (5)

Mejorar la comprensión del adulto mayor, para avanzar como sociedad hacia un envejecimiento saludable, demanda aprender mucho sobre las tendencias y problemas relacionados con la edad. La medición, el monitoreo, buscar respuestas a las preguntas sobre qué factores determinan el envejecimiento saludable, qué desigualdades persisten, qué problemas los afectan, qué necesidades en materia de asistencia sanitaria y atención a largo plazo de las personas mayores se satisfacen y cuáles no, etc. Por lo que, para conocer sobre la salud mental de los adultos mayores que esta sociedad tiene, debe dedicar tiempo y esfuerzo a conocerlos, estudiar sus problemáticas y entenderlos. (6)

5. Marco teórico

5.1. Antecedentes

Se cuenta con un Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, llevado adelante por la Organización Mundial de la Salud y publicado en 2015, entre otros que esta institución realiza regularmente. Este reflexiona sobre las problemáticas de los adultos mayores y ofrece respuestas en cuanto a políticas públicas que pueden ayudar a mejorar aspectos de su bienestar como su salud mental. (6)

La Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViaM) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 2012, ofrece un marco de referencia de relevancia. En cuanto a la depresión en adultos mayores, ésta ha encontrado que un 8% de los adultos mayores entrevistados ha sido diagnosticado con depresión, y la

mitad de estos, ha recibido algún tratamiento psiquiátrico o psicológico durante el último año. Entre estos, las mujeres duplican los índices de depresión con respecto a los varones en los grupos de entre 60 y 74 años. (7)

El Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores del Observatorio de la Deuda Social Argentina de 2015, ha encontrado que un 69% de la población de adultos mayores de más de 60 años, lleva una vida sedentaria. La misma cifra se repite en mayores de 75 años. Estos no realizan gimnasia, deportes, caminatas ni ninguna actividad similar, lo que se estima, incide negativamente en su salud tanto física como mental. Asimismo, han encontrado el malestar psicológico en la tercera edad, con mayor afectación en los adultos mayores de estratos socioeconómicos más bajos, así como en los de menor nivel educativo y en personas solas. El estudio ha señalado que problemas como la depresión no suelen ser detectados, ya que se da por sentado, aún en el ámbito profesional sanitario que “es normal que un adulto mayor esté deprimido” (8). Esto, deriva en un problema grave, ya que alrededor de un 40% de los ancianos que se suicidan, habían visto un médico una semana antes, y un 70%, hacía un mes, y los profesionales no detectaron el estado en que se encontraba.

También se cuenta con estudios de vulnerabilidad en el adulto mayor, como el de Jauregui y Rubin (2012) realizado en Buenos Aires. El estudio señala algunas consecuencias que afectan a la vejez, como deterioro de funciones físicas, debilidad, fatiga, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos por contar con menos recursos, en general, que durante la vida activa del individuo. (9)

5.2. Conceptos. Depresión. Vulnerabilidad en adultos mayores.

Un adulto mayor, conforme lo que considera la OMS, es una persona que sobrepasa los 60 años de edad sin importar el género ni el estado de salud físico (60 a 74 años, de edad avanzada; 75 a 90 años, viejas o ancianas; más de 90 años grandes longevos). (10) Como es sabido, por distintos factores (agua potable, vacunas, alimentación, mejoramiento de vivienda, sanitaria, seguridad en el trabajo, sumado al desarrollo tecnológico y atención de la ciencia médica), la población extiende cada vez más la duración de la vida. (11) El envejecimiento poblacional es uno de los grandes logros, y a su vez, retos del siglo XXI. (12) Por lo que, ocuparse de este sector creciente de la población mundial, constituye un aspecto que demanda cada vez mayor estudio y atención.

El adulto mayor es considerado un sector vulnerable de la población. Contribuyen a ello factores biológicos, genéticos, psicológicos, fisiológicos, ambientales y de contexto (socioculturales, económicos, psicosociales, estilo de vida). Cuando ello se configura afectando negativamente al adulto mayor, puede llevar a efectos adversos como la dependencia, la institucionalización o la muerte. (9) (Ver Gráfico: 1)



Gráfico: 1. Factores de vulnerabilidad en el adulto mayor. Fuente: (9)

Como Reseña Histórica, diremos que la Depresión es tan vieja como la humanidad y durante muchos siglos fue manejada por amigos, brujos, sacerdotes, etc. y tratada con todo tipo de pócimas, brebajes, baños, cambios de ambiente etc. Esta enfermedad de los desórdenes del afecto, en la medicina occidental se la consideraba melancolía (trastorno de la mente caracterizada por una tristeza sin causa aparente). Desde Hipócrates 461 a. C. a 371 a. C. se decía que era un exceso de la bilis negra. Celso la llamó "Atrabilis" en su obra del año 30 d. C. "De Medicina". Galeno, médico griego, en Roma en los años 131 a 201 d. C., la definió como el concepto de Melancolía, y por primera vez se habló de una explicación humoral. Luego Samuel Johnson (Londres 1709-1784), fue el primero que habló del nombre de Depresión, descartando los términos de: "El bazo", "La enfermedad inglesa", "Los vapores" y "La locura melancólica". (13)

Más tarde Wilhem Griesinger (1817-1868), impuso el término, como Profesor de Neurología Psiquiatría del Hospital Charité de Berlín. (14) El nombre Depresión, se terminó de afianzar al final del siglo XIX. (15)

Según datos de la OPS, hay cada año en el mundo, 100 millones de nuevos casos de depresión con alta prevalencia en el adulto, con 15 % de hombres y 24 % de mujeres, principalmente en su etapa productiva, entre los 18 y 45 años. (13)

Asimismo, según informe de OPS/OMS. el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, siendo el 22 % del total de las enfermedades, en América Latina, y es la Depresión el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo, donde hay más de 350 millones de personas deprimidas (de todas las edades). El 5% de la población adulta, en América Latina y el Caribe, sufre de Depresión, siendo en este sitio del planeta sub-diagnosticada, y es por eso que no reciben atención entre el 60 % y 65 % de los enfermos de depresión. Entre 20% y 40% de las mujeres sufren de depresión, durante el embarazo o postparto. (16)

En el mundo, cada año mueren más de 1 millón de personas por suicidio y son alrededor de 63.000 en América Latina y el Caribe. Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. OPS/OMS | Día Mundial de la Salud Mental.

Se estima según la OMS, que la Depresión es la 2° causa de incapacidad en el mundo detrás de las enfermedades vasculares (IAM, ACV, Insuficiencia Coronaria, etc.). (2)

La Depresión es una enfermedad de tipo psíquica que afecta a todo el organismo, como consecuencia. Su nombre viene del latín: Hundimiento. Es un trastorno afectivo variable desde una baja transitoria del estado de ánimo, hasta el trastorno depresivo mayor. (17)

El DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, define la Depresión como una enfermedad anímica que se caracteriza por tristeza, que genera debilitamiento y angustia y puede resultar potencialmente mortal. Se presenta de varias formas. Tiene múltiples comorbilidades, factores desencadenantes y síntomas afines. Es un síndrome clínico de gravedad y duración importante con síntomas y signos asociados. (17) (El DSM -

V ha sacado al Trastorno Bipolar de las depresiones, dejando a la Depresión Mayor como el arquetipo del estado de ánimo que representa a la depresión). (18)

El Trastorno Depresivo Persistente (Distimia), por su parte, “es un tipo de depresión menos grave comprende síntomas crónicos a largo plazo, que no lo incapacitan, pero le impiden funcionar al máximo de su energía o sentirse bien.” (19) Las personas que padecen distimia, ocasionalmente, también experimentan episodios de trastornos depresivos mayor.

La Depresión es una enfermedad generada por trastornos de los neurotransmisores. Las neuronas utilizan, para su sinapsis, aminoácidos (GABA : ácido gamaaminobutírico. Glutamato. Glisina). Monoaminas, estas últimas responsables de esta enfermedad, existiendo 2 grupos: a) Catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina). b) indolaminas (serotonina, melatonina). Éstos actúan sobre los receptores de la neurona postsináptica. (20)

Los receptores también pierden la capacidad de sensibilidad para dar respuesta ante el estímulo específico generado por el neurotransmisor. Las sustancias más involucradas en la depresión son las monoaminas, catecolaminas, noradrenalina, serotonina y también la dopamina. (21)

En el adulto mayor, al avanzar la edad, aumentan los problemas de salud, siendo la Depresión una patología frecuente e incapacitante, asociada a una alta mortalidad. La prevalencia que se da a conocer oscila entre el 6 y el 20%. Según el DSM - IV, se filtra la prevalencia de 7%, para los adultos mayores. La proporción entre sexos resultan 3 mujeres por cada varón. Pero los adultos mayores institucionalizados, la cifra asciende a valor entre el 15 y el 35%. (22) (17)

La variabilidad de la forma de manifestar la depresión, es producto de los métodos que se utilizan para tamizar la población general, los cuales pasan muchos sub-diagnosticados y atendido por lo general, por alguno de sus síntomas somáticos, no admitiendo la verdadera causa psicosomática de su manifestación externa. Se la considera la enfermedad del presente y del futuro. Para diagnosticar la depresión, hoy, es útil el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM - V, que ofrece 9 síntomas, de los cuales 5 deben estar presentes como mínimo durante 2 semanas. Esto genera 5 Criterios, denominados A, B, C; D; E. Existen también, utilizados por años, instrumentos para detectarla como la

Escala de Zung, la Escala de Hamilton, o el Inventario de Depresión de Beck. Éstos Test son discutidos en el anciano. Desde 1982 se impuso la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG), tanto en su versión original de 30 reactivos como la versión abreviada de 15 reactivos utilizada en este trabajo. Fue utilizada con éxito en diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles, por cuya razón, la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado en los adultos mayores. (23)

Es necesario tener en cuenta los factores que impiden las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (24)

6. Material y Métodos

Se realizó un diseño de investigación *Aplicada*, que propone resolver un problema de Conocimiento (25), de profundidad *Explicativa*, buscando predictores que ayuden a comprender el fenómeno. Se realizó una *Investigación de Campo*, con base en la recopilación directa de información en el ámbito en el que sucede el fenómeno. (26) Ello genera información de tipo *Cuantitativa*, trabajando con valores y con un test de tipo psicométrico. La temporalidad es de tipo *Transversal*, ya que se realiza una medición en un breve lapso de tiempo. (26) (27)

6.1. Población y muestra

La Población comprende adultos mayores del norte de la Provincia de Entre Ríos. La Muestra se conforma por 61 Pacientes que concurren a Clínica Bovril S.A., de Bovril Entre Ríos, mayores de 65 años de ambos géneros.

6.2. Técnicas de recolección de datos

Se realizó el estudio, respetándose los principios éticos y de rigor científico, de tipo encuesta en la ciudad de Bovril, de 10.000 habitantes urbanos, la cual supera los 50.000, en su zona de influencia, y se encuentra en el centro norte de la Provincia de Entre Ríos. Dentro del edificio de Clínica Bovril SA., donde se atienden por consultorio, internación clínica y quirúrgica, a un padrón de 956 beneficiarios del INSSJP y un número no contabilizado de mayores de 65 años, de otras obras sociales o sin cobertura social,

abarcando una amplia región urbana y rural, que se extiende a más de 90 km principalmente hacia el norte de nuestra provincia.

Se tomó al azar, todos los ingresados a la Institución, entre los días 18 y 28 de febrero de 2018. Ingresaron por consultorio y por internación 96 pacientes adultos mayores. Para este trabajo se analizan 61 pacientes. Se busca los que padecen algún síntoma o que padecen de Depresión en los Adultos Mayores.

La muestra tuvo criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Debido a estos dos últimos juicios de discernimiento, no están analizados en el presente trabajo como exclusión: a) Los 11 que se negaron a recibir la entrevista. b) Quienes no quisieron firmar el consentimiento informado que fueron 4. c) Los 12 pacientes que ya tenían diagnóstico de Depresión en Adultos Mayores. d) Los 3 que poseían tal nivel de deterioro cognoscitivo que hubiera sido imposible entrevistarlos (esquizofrenia, Alzheimer u otra demencia, etc.). e) 2 Personas que cambiaron de domicilio a otras ciudades. Se eliminaron los 3 que fallecieron. No existieron AM que se retiraron de la institución de los 96 entrevistados. (28)

6.3 Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG), en su versión abreviada de 15 reactivos

Se entrevistó a cada uno de ellos mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG), en su versión abreviada de 15 reactivos.

Es un procedimiento de investigación ampliamente utilizado con técnica estandarizada de investigación mediante el cual se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar. Tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89%. (29) (30)

Variables Clasificadoras

- Género
- Edad
- Estado Civil
- Vivienda
- Educación
- Ingresos
- Personas a Cargo

- Hijos
- Vive con
- Recibe visitas
- Partic. Soc.
- Se siente enfermo
- Tiene alguna Enfermedad
- Toma algún Medicamento

7. Resultados

Antes de comenzar a procesar los datos, es importante siguiendo las pautas de corrección del instrumento transformar los valores de las distintas variables según los criterios de Sheikh & Yesavage, (1986). De los 15 reactivos, las respuestas **No** en los ítems indicados suman +1, lo mismo para los **Sí** en las variables indicadas suman +1, en caso contrario el valor es 0, conformandose de esta manera una variable nominal de tipo dicotómica. (Ver Gráfico: 2.)

Variables											
No	1	5	7	11	13						+1
Si	2	3	4	6	8	9	10	12	14	15	+1

Gráfico: 2. Clasificación de los Reactivos. Fuente: (29). (30)

Una vez que están transformados los puntajes, se puede calcular el grado presunción de Depresión. Si el valor es entre 6 y 9 puntos hay indicadores para pensar que hay depresión. Si el puntaje es entre 10 y 15, se puede decir que la persona está deprimida. Se debe tomar en cuenta que esta escala mostró tener alta correlación ($r = 0.84$, $p < 0.001$) con otras escalas que miden la depresión diferenciando personas que padecen depresión de las que no.

7.1. Confiabilidad de los Datos

El Alfa de Cronbach, es un estadístico que permite determinar si las respuestas que fueron dadas en función de la totalidad de los datos y los casos, son coherentes o no. Se considera que los datos son confiables cuando se obtiene un coeficiente > 0.7 , cualquier resultado inferior a ese valor debe tratarse con mucho cuidado en materia de descriptivos bivariados e inferencias o en su defecto revisar las transformaciones que se realizaron en

las puntuaciones, sobre todo si da un valor negativo. En este caso para un $n=61$, 15 elementos, la Fiabilidad es de $\alpha = 0,871$. Siendo los datos obtenidos consistentes se puede continuar con el tratamiento estadístico.

7.2. Estadísticos para la Depresión y Su Prevalencia

Como se puede observar en la gráfica a continuación, la curva de distribución es de tipo no paramétrica, dado que: en el histograma, la mayor concentración de Valores se encuentra a la izquierda en los valores más bajos. Siguiendo las pautas del test se pueden identificar la cantidad de personas que no tienen indicadores de Depresión (hasta 5 puntos), los que tienen (entre 6 y 9 puntos) y los que la EDG los identifica como Depresión (10 o más puntos). (Ver grafico 3.)

Descriptivos		
		Estadístico
Media		3,8033
95% de intervalo de confianza para la	Límite inferior	2,8555
	Límite superior	4,7510
Media recortada al 5%		3,4335
Mediana		3,0000
Varianza		13,694
Desv. Desviación		3,70054
Moda		1,00000
Mínimo		0,00
Máximo		15,00
Rango		15,00
Rango intercuartil		5,00
Asimetría		1,401
Curtosis		1,390

Tabla 1. Descriptivos

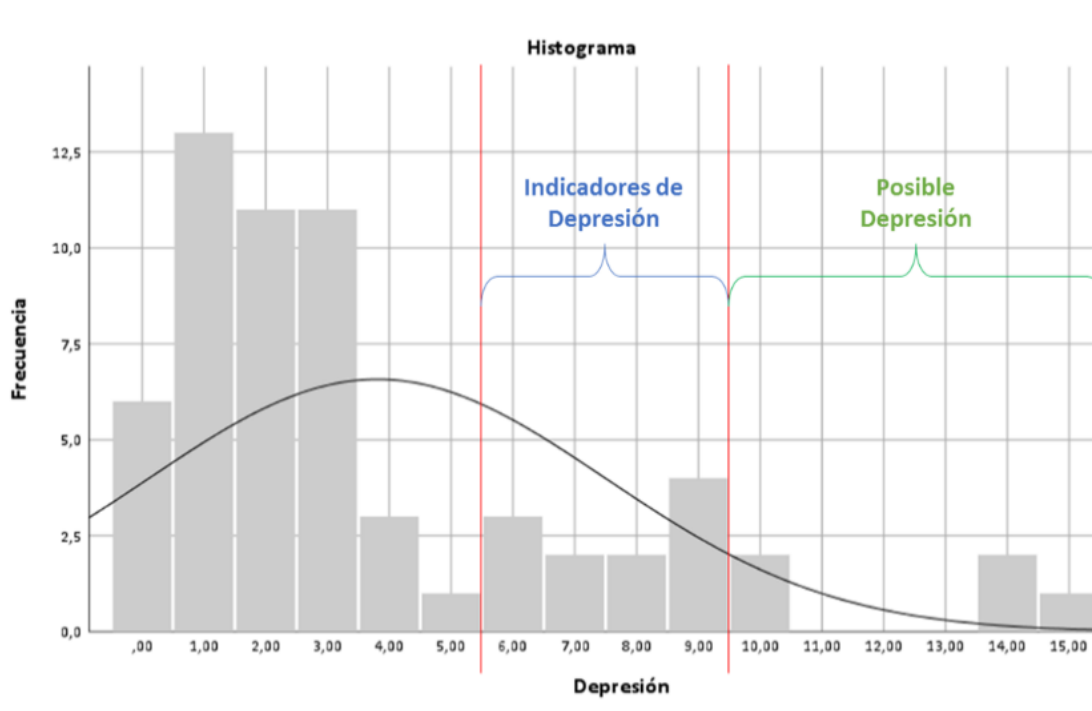


Gráfico 3. Histograma

Depresión			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
,00	6	9,8	9,8
1,00	13	21,3	31,1
2,00	11	18,0	49,2
3,00	11	18,0	67,2
4,00	3	4,9	72,1
5,00	1	1,6	73,8
6,00	3	4,9	78,7
7,00	2	3,3	82,0
8,00	2	3,3	85,2
9,00	4	6,6	91,8
10,00	2	3,3	95,1
14,00	2	3,3	98,4
15,00	1	1,6	100,0
Total	61	100,0	

Tabla 2. Reactivos

La media de puntos de depresión es $\bar{x}=3,80$ y el Desvío Estándar $de=3,7$. Como la Distribución, no es normal, es necesario fijarse en el valor de la Mediana que es 3 puntos (que es donde la muestra se divide en 2) y de la Moda que es 1 (el Valor más repetido). (Ver Tabla 1.) Con estos valores podemos afirmar lo siguiente: La mayoría de los gerontes de Clínica Bovril S.A., se encontrará entre los 0 y 3 puntos con 67,2%. (Ver Tabla 2.) Por las características que tiene el test, a mayor puntaje obtenido, mayor es el grado de depresión, es una escala sintomática. La **prevalencia** de personas con **Indicadores de Depresión** es del **18%**. La **prevalencia** de personas **Deprimidas** es de **8,2%**. Por el lado contrario hay un 9,8% de personas que obtuvieron 0 puntos con el test, es decir que ninguno de los reactivos de Depresión funcionó con ellos. En la tabla a continuación se resumen los valores obtenidos de la muestra. (Tabla.3)

Depresión	Valores	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sin indicadores	0 puntos	9,80%	
Pocos Indicadores	1 y 3 puntos	57,40%	67,20%
Algunos Indicadores	4 y 5 puntos	6,60%	73,80%
Varios Indicadores	6 y 9 Puntos	18%	91,80%
Posible Depresión	10 y 15 puntos	8,20%	100,00%

Los 2 valores que deben ser tenidos en cuenta hacen referencia a las **personas que están por padecer Depresión o la están padeciendo**.

Tabla: 3. Clasificación según N° de Indicadores

Con referencia a los reactivos que más puntaje obtuvieron se destacan 2, la preferencia **de quedarse en la casa en vez de salir y hacer cosas nuevas**, y relacionada con el mismo tema, **suspender reiteradamente actividades**. (Ver Gráfico 4.)

Estadísticos descriptivos	
	Suma
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	40,00
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	30,00
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	19,00
13. ¿Se siente usted con mucha energía?	19,00
4. ¿Se aburre usted a menudo?	17,00
12. De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	16,00
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	15,00
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	13,00
10. Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	12,00
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	12,00
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	10,00
3. ¿Siente usted que su vida esta vacía?	10,00
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?	9,00
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	5,00
1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	5,00

Gráfico 4. Estadísticos Descriptivos

7.3. Pruebas de Hipótesis

A continuación, lo que se evaluó es el grado de **Depresión** con referencia a todas las variables clasificatorias, evaluando si hay significancia estadística o no. Cabe resaltar que como la distribución no es de tipo paramétrica, para analizar los contrastes de hipótesis, se utilizó la **U de Mann-Whitney** (para el caso de 2 variables) y la prueba de **Kruskal-Wallis** (3 o más variables). Para entender los resultados hay que recordar que los valores esperables son entre 0 y 3 puntos; y que la media es de 3,80. Las primeras 2 variables analizadas son el Género y el Estado Civil.

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Género	Masculino	25	41,0%	4,64
	Femenino	36	59,0%	3,22

No hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 4. Género

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Estado Civil	Casado/a	34	55,7%	3,76
	Separado/a	3	4,9%	4,33
	Soltero/a	5	8,2%	6,60
	Viudo/a	19	31,1%	3,05

No hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 5. Estado Civil

La Depresión como variable, no es afectada por el género o por el estado civil de las personas, si bien parece que ser hombre y estar soltero, tiene un nivel más alto, estas diferencias no son estadísticamente significativas. (Ver Tabla 4. Y Tabla 5.)

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Rango de Edad	Rango de 60 Años	18	29,5%	2,33
	Rango de 70 años	29	47,5%	3,14
	Rango de 80 o más años	14	23,0%	7,07

Hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 6. Edad

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Vivienda	Propia	58	95,1%	3,66
	Prestada	3	4,9%	6,67

No hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 7. Vivienda

El Rango de Edad mostró ser estadísticamente significativo sobre todo se observa en los adultos mayores de 80 años un grado de depresión más alto que en el resto. (Ver Tabla 6.)

La **vivienda propia**, por otro lado, **no afecta** de manera estadísticamente significativa el grado de depresión que el adulto mayor pueda tener. (Ver Tabla 7.)

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Educación	Analfabeto/a	2	3,3%	7,00
	Primaria Incompleta	19	31,1%	4,95
	Primaria Completa	23	37,7%	3,61
	Secundaria Incompleta	3	4,9%	2,33
	Secundaria Completa	9	14,8%	2,78
	Terciario	5	8,2%	1,80

No hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 8. Educación

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Ingresos	Jubilación	39	63,9%	4,21
	Jubilación + Otros	22	36,1%	3,09

No hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 9. Ingresos

Existen otros factores que **tampoco presentan diferencias estadísticamente significativas**, como el **nivel de Educación (Ver Tabla 8.)** o los **ingresos (Ver Tabla 9.)**. Ello derriba algunos mitos que existen en torno a los adultos mayores, como asumir que una mayor preparación educativa les permitiría una inserción laboral más duradera (31), o que la preocupación por los ingresos hace la vida de los sujetos miserable en términos de depresión y ansiedad. (32)

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Personas a Cargo	Sin Carga	55	90,2%	3,95
	Con Carga	6	9,8%	2,50

No hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 10. Personas a Cargo

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Hijos	,00	7	11,5%	5,71
	1,00	6	9,8%	2,50
	2,00	20	32,8%	3,50
	3,00	16	26,2%	4,56
	4,00	5	8,2%	2,40
	5,00	6	9,8%	3,33
	6,00	1	1,6%	2,00

No hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 11. Hijos

Tampoco **tener personas a cargo (Ver Tabla 10.)** o **hijos (Ver Tabla 11), influye en los niveles de depresión** de estos adultos mayores. Ni las preocupaciones por tener que ocuparse de terceros, influye negativamente de forma significativa, ni la compañía o satisfacción de la paternidad demuestra tener una influencia destacable.

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Recibe Visitas...	1 vez al mes	7	11,5%	6,14
	Cada 15 Días	2	3,3%	2,00
	Semanal	52	85,2%	3,56

No hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 12. Visitas

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
Participación Social	Si	38	62,3%	2,37
	No	23	37,7%	6,17

Hay diferencias estadísticamente Significativas

Tabla 13. Participación Social

En línea con lo anterior, **la frecuencia con la que el adulto mayor recibe visitas, tampoco aporta una diferenciación significativa** en sus niveles de depresión (Ver Tabla 12). **Sí, en cambio, los niveles de participación social** que estos tienen, influye en esta

(Ver Tabla 13). Ello guarda relación, con los dos reactivos más destacados, mencionados previamente, que señalan que quedarse en la casa en vez de salir y hacer cosas nuevas, y suspender reiteradamente actividades guardan mayor relación con la depresión, por lo que el aspecto de la actividad y socialización comienzan a perfilarse como aspectos cruciales para la salud mental de estos adultos mayores.

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
¿Se siente Enfermo?	Si	15	25,0%	8,13
	No	45	75,0%	2,44
Hay diferencias estadísticamente Significativas				

Tabla 14. Sentirse Enfermo

		Depresión		
		Recuento	% de N tablas	Media
¿Tiene alguna Enfermedad?	Si	45	73,8%	4,49
	No	16	26,2%	1,88
Hay diferencias estadísticamente Significativas				

Tabla 15. Estar Enfermo

				Depresión		
				Recuento	% de N tablas	Media
¿Se siente Enfermo?	Si	¿Tiene alguna Enfermedad?	Si	15	25,0%	8,13
			No	0	0,0%	
	No	¿Tiene alguna Enfermedad?	Si	29	48,3%	2,76
			No	16	26,7%	1,88

Tabla 16. Relación entre sentirse enfermo y tener enfermedad

En este punto se destaca la importancia de las **creencias** que condicionan distintos aspectos de la vida, por ejemplo, **condicionar el grado de depresión** (Ver Tabla 14.). **Sentirse enfermo**, más allá de estarlo, sino sentirse como tal, **implica tener al menos indicadores de depresión** (Ver Tabla 15.). Hay diferencia significativa entre aquellos adultos mayores que se sienten enfermos o tienen alguna enfermedad y los que no (Ver Tabla 16.). Sin embargo, que el adulto mayor se sienta enfermo, no guarda relación, **precisamente con que este esté, efectivamente, padeciendo una enfermedad, dado que un 48.3%**, no se siente enfermo a pesar de cargar con alguna enfermedad diagnosticada. Cabe señalar, al respecto, que la prevalencia de afecciones crónicas no transmisibles en adultos mayores es alta, y si estas están bien controladas (tratamiento y medicación adecuados), pueden presentar molestias menores, o tal vez, ninguna. La enfermedad, es percibida como una fuente de estrés, cuando genera dolores frecuentes o permanentes, limita la movilidad o la capacidad de realizar actividades, o produce alguna discapacidad relevante. (33) (34)

7.4. Análisis Predictivo

En cuanto a cuál es la forma que mejor predice la depresión en adultos mayores, el siguiente, que combina las variables N° 7, 6, 10, 2 y 9, es el más adecuado. Ello significa que para futuros estudios o para un monitoreo, administrando esas variables, es posible conocer qué tan propensa está esa muestra a padecer depresión. Sin necesidad de volver a administrar todo el instrumento completo. Esto en adultos mayores, puede significar una ventaja práctica de utilidad. (Ver Tabla 17.).

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,813 ^a	,661	,655	2,17241
2	,884 ^b	,782	,775	1,75723
3	,918 ^c	,842	,834	1,50787
4	,945 ^d	,893	,885	1,25398
5	,957 ^e	,916	,909	1,11915
6	,972 ^f	,944	,938	,92284
7	,978 ^g	,956	,950	,82935
8	,982 ^h	,965	,960	,74218
9	,987 ⁱ	,974	,969	,65140
10	,992 ^j	,984	,980	,51817
11	,994 ^k	,988	,986	,44174
12	,996 ^l	,992	,989	,38064
13	,998 ^m	,995	,994	,29025
14	,999 ⁿ	,999	,998	,15411
15	1,000 ^o	1,000	1,000	,00000

Predictores:

- 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
- 6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?
- 10. Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?
- 2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?,
- 9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?

Tabla 17. Modelo Predictivo

En cuanto a la variable aislada que mejor puede predecir la depresión (Ver Tabla 18.), se destaca la N° 15, que, con respecto a la memoria de sujeto, le pregunta si:

15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?

Variables en la ecuación								
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B) Inferior Superior
Paso 1 ^a	10. Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	3,101	,858	13,064	1	,000	22,222	4,135 119,424
	Constante	-1,492	,369	16,347	1	,000	,225	
Paso 2 ^b	10. Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	2,905	,933	9,707	1	,002	18,271	2,938 113,637
	8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	2,461	,852	8,343	1	,004	11,722	2,206 62,285
	Constante	-2,050	,477	18,499	1	,000	,129	

a. Variables especificadas en el paso 1: 10. Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?.

b. Variables especificadas en el paso 2: 8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?.

Tabla 18. Variable más Predictiva de Depresión

Cabe analizar, cómo se relacionan los hallazgos con la literatura teórica académica vigente y con otros estudios realizados en adultos mayores que hayan analizado este tipo de variables.

7.5. Estudio entre la Calidad de Vida y la Depresión

A la población estudiada mediante la EDG, para buscar indicadores de Depresión y Vulnerabilidad de en A. M., se le administró también el Whoqol Bref y el EuroQol – Eva para otra investigación de percepción de calidad de vida.

Partiendo de que la base muestra ha sido la misma, todos los resultados obtenidos, así como las variables clasificatorias se han podido cruzar, al no tratarse de bases de datos independientes, las numeraciones de ambos trabajos coinciden. Esto permite evaluar con mayor profundidad los 2 fenómenos. Lo primero que se midió, fue la correlación entre el test: Depresión y EuroQol - Eva y Whoqol Bref. (Ver Tabla 19.) (Ver Grafico 5.)

Rho de Spearman		Whoqol Bref	EuroQol	Depresión
EuroQol	Coefficiente de correlación	,750**		
	Sig. (bilateral)	0,000		
	N	61		
Depresión	Coefficiente de correlación	-,669**	-,695**	
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	
	N	61	61	
EVA	Coefficiente de correlación	,753**	,677**	-,684**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000
	N	61	61	61

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

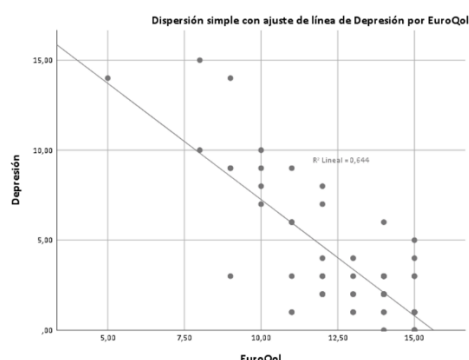


Tabla 19. Relación con Calidad de Vida

Grafico 5.

Como era de esperarse los test de Calidad de vida, correlacionan inversamente con la escala de Depresión. Las correlaciones son altas mayores a 0,600; es importante ver que si bien son variables que están relacionadas, cuando aumenta los valores de Calidad de Vida, bajan los valores de depresión (o a la inversa), aún continúa la depresión y la calidad de vida siendo independientes, dado que entre sí solo se puede explicar el 36% de la varianza, es decir si bien hay conexiones, son variables diferentes. Otro descubrimiento es que la escala del EuroQol, es la que presenta la asociación más fuerte con la depresión $r = 0,750$ $p < 0,000$; $r^2 = 49\%$ de asociación. Ahora lo que se va a medir es el poder predictivo que pueden tener los test de calidad de vida con referencia a la Depresión. Es decir, obtener puntajes bajos en estos test, harían que necesariamente se administre un test específico para diagnosticar la depresión.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,806 ^a	,649	,643	2,21024
2	,858 ^b	,736	,727	1,93484

a. Predictores: (Constante), EVA

b. Predictores: (Constante), EVA, EuroQol

Tabla 20. Resumen de Modelos de Relación

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,761 ^a	,579	,571	2,42268
2	,806 ^b	,650	,638	2,22670
3	,843 ^c	,711	,696	2,04043
4	,855 ^d	,731	,712	1,98620

a. Predictores: (Constante), v5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

b. Predictores: (Constante), v5. ¿Cuánto disfruta de la vida?, Cuidado personal

c. Predictores: (Constante), v5. ¿Cuánto disfruta de la vida?, Cuidado personal, Ansiedad depresión

d. Predictores: (Constante), v5. ¿Cuánto disfruta de la vida?, Cuidado personal, Ansiedad depresión, v11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Tabla 21. Depresión con Calidad de Vida

La combinación de utilizar el EVA, que es pedirle una persona que valore su estado de salud en una escala parecida a un termómetro, junto a las 5 preguntas ampliatorias del EuroQol, es el mejor predictor de la depresión. En concreto el Eva es parte del EuroQol-5D, pero como comprende de 2 mediciones, se las analizó por separado, llegando a la conclusión que, de ese instrumento, que cuenta **con muy pocas variables, en valoraciones bajas, puede predecir con una exactitud del 72,7% la posibilidad de que la persona padezca depresión.** (Ver Tabla 20.)

Por otro lado, se utilizaron los valores de **Depresión, como variable Dependiente** y se regresionaron todas las variables de los test de Calidad vida. Las 4 variables que se exponen a continuación son las mejores predictoras o, dicho de otro modo, las más influyentes. De los modelos estudiados, se termina eligiendo el Modelado 4, dado que es el que mayor $r^2=71,2\%$ posee y el índice de error más bajo. (Ver Tabla 21.) Este modelo utiliza 4 variables que se presentan en orden de importancia:

- v5. ¿Cuánto disfruta de la vida? | Whoqol Bref
- Cuidado personal | EuroQol
- Ansiedad depresión | EuroQol
- v11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? | Whoqol Bref

Quedaron como las más importantes 2 variables del Whoqol Bref y 2 variables del EuroQol. Estas 4 variables de 2 test de calidad de vida, predicen el 71,20% de la Depresión desde las variables de la calidad de vida.

Si bien parecen obvias (esto es el resultado predictivo, por medio de una regresión multivariante), los mejores predictores se asocian a Disfrutar la vida, el cuidado personal, la variable que pregunta por la Ansiedad/Depresión y la aceptación del paso del tiempo con referencia a aceptar la apariencia física.

8. Discusión

Si bien **el presente estudio ha encontrado indicadores de Depresión en un 18%** de los adultos mayores encuestados. Otros estudios, han hallado una prevalencia mucho más alta. En Perú, Santisteban Baldera y Montenegro Valdivia (2016) han encontrado en su estudio, una prevalencia de 45.8% de adultos mayores que presentan un estado depresivo severo, asociado a baja integración y participación social y falta de apoyo familiar y social. (35) También en Perú, Capuñay Chafloque y cols (1995) han encontrado algún síntoma depresivo en un 75% de los adultos mayores, y un 8.3% con depresión severa.

Estudios en Argentina, sin embargo, encuentran valores más similares a los hallados en el presente. Mías, Sassi, Masih, Querejeta y Krawchik (2007), han encontrado una prevalencia de 9% en adultos mayores en la ciudad de Córdoba, y un rendimiento conductual y neuropsicológico normal en la mayoría de la población estudiada. (36) Por su parte, Losada, y Álvarez Strauch (2014), encontraron en adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires, un nivel leve de depresión en un 32.4%; moderado en un 10.8% y severo en un 2.7%. Asimismo, encontraron mayor nivel de depresión en adultos mayores que viven solos. (37)

El Observatorio de la Deuda Social con las Personas Mayores, en 2017, ha encontrado que en adultos mayores, se dan situaciones de depresión o ansiedad en un 23.6% de la población, un poco más que en la población total de 18 años a 60, que presenta un 21.6%. (38)

Otros, como Tartaglini (1981), encontraron en adultos mayores residentes en Buenos Aires, utilizando el Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage (V-15) encontró una prevalencia de Depresión Geriátrica de 35,8%. (39) Bastante más alta que los hallazgos de estudios más actuales, lo que permite pensar que ha habido avances en la adaptación de los adultos mayores y su integración social, mejorando su salud mental en edad avanzada.

Si bien la edad no constituye un indicador estadísticamente significativo en la depresión, según los hallazgos del presente estudio, el ***Rango de Edad mostró ser estadísticamente significativo*** en los adultos mayores de 80 años, que sufren un grado de depresión más alto que en el resto.

La relación entre edad y depresión ha dado diversos resultados en distintos estudios, lo que ha derivado en diferentes supuestos y teorías.

La prevalencia en mayores de 60 años es levemente mayor que en el resto de la población, según estudio a nivel nacional en Argentina. (38) Por otro lado, también dentro de población argentina, y en el rango de edad de los adultos mayores, existen hallazgos de que los niveles de malestar psicológico no difieren del resto de las edades y que, contrario a lo encontrado en el presente estudio, disminuye a partir de los 75 años. Sobre ello se ha construido la idea de la “paradoja de la vejez” por la cual se interpreta que el bienestar subjetivo no se basa en bienes como los recursos físicos y los años por vivir y demás supuestos clásicos, sino por una consciencia de la brevedad de la vida que conlleva una mejor selectividad y mayor satisfacción vital, y que la experiencia aporta un aprendizaje de manejo emocional que brinda más efectivos controles ante los afectos negativos. Hay una adaptación a nuevos valores y estilos de vida. Al mismo tiempo se señala que antes de los 65 años, existe un incremento del malestar psicológico, asociado a una etapa de transición, previa a la adaptación a la vejez. (8) Es posible, entonces, considerar que hacia los 80 años, una nueva transición hacia una etapa de menor vitalidad y autonomía pueda ocasionar mayor depresión en este grupo etario, cada vez más numeroso, y que con los nuevos estudios, más modernos, puede ser mejor estudiado con más detenimiento.

Conforme los hallazgos del presente estudio, la ***vivienda propia***, el ***nivel de Educación o los ingresos, no tienen un nivel significativo de afectación en relación a la depresión en adultos mayores***.

Ello derriba algunos mitos que existen en torno a los adultos mayores, como asumir que una mayor preparación educativa les permitiría una inserción laboral más duradera (31), o que la preocupación por los ingresos hace la vida de los sujetos miserable en términos de depresión y ansiedad. (32)

El Observatorio de la Deuda Social Argentina en 2015 ha encontrado un leve crecimiento del malestar psicológico en adultos mayores con menor nivel educativo y económico, pero esto es más pronunciado en la población más joven. Sin embargo, el mismo estudio indica

que estas variables no explican por sí solas, el déficit o no de felicidad, ya que se deben estudiar en relación con otras. (8)

No se ha encontrado en el presente estudio diferencia en los niveles de depresión entre adultos mayores **con o sin hijos, con o sin personas a cargo, ni por la frecuencia con la que el adulto mayor recibe visitas. Sí, en cambio, los niveles de participación social** que estos tienen, influye en esta.

Los cambios que conlleva el avance de la edad, más allá de las pérdidas biológicas, afectan las funciones y posiciones sociales, y obligan a hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Se estima que frente a esta situación, los adultos mayores, suelen concentrarse en menos metas y actividades, pero más significativas, y que buscan optimizar sus capacidades a través de prácticas relacionadas con las nuevas tecnologías, lo que ha ayudado a una mejoría para estos, y les ha permitido cambiar sus prioridades y preferencias motivacionales. En la edad avanzada, se puede dar, a consecuencia de estos cambios, la adaptación a las pérdidas y un desarrollo psicológico permanente, por lo que no necesariamente se da un declive, sino que muchos adultos mayores logran un bienestar subjetivo agudizado. Por lo que se refuerzan la resiliencia y el crecimiento psicosocial, lo que puede explicar la baja incidencia de la depresión en los estudios más recientes. (6)

Se considera al **apoyo social** como uno de los factores principales, asociados al bienestar en la vejez. Este tiene un doble efecto: “1) permite que el individuo se sienta parte integrante de una comunidad de personas unidas por lazos de solidaridad, y 2) preserva y protege de los efectos de las condiciones de estrés.” (8)

En relación a ello, la actividad física, deportiva, formar amistades y estimular nuevos aprendizajes, constituye una combinación óptima para la preservación de la fuerza muscular, la función cognitiva, la reducción de la ansiedad y la depresión y para mejorar la autoestima en la tercera edad, ofreciendo nuevas dimensiones y sentidos para la vida en el adulto mayor, gestando redes de grupos de apoyo y exaltando nuevos proyectos y metas. (38) Los juegos, deportes, actividades al aire libre como jardinería, ejercicio programado y actividades en contexto de relaciones sociales, familiares o comunitarias, que demanden gasto energético, tareas domésticas, las acciones de desplazamiento y demás, implican importantes beneficios para la salud psicofísica del adulto mayor. (40)

La relación con la **enfermedad en el adulto mayor** ha ofrecido resultados interesantes, ya que permite destacar la vital importancia de las **creencias** que condicionan distintos aspectos de la vida, afectando también los grados de depresión. Conforme el presente estudio, ***Sentirse enfermo***, más allá de estarlo o no, sino sentirse como tal, ***implica tener al menos indicadores de depresión***.

Puede pasar que un estado de depresión no detectado, conduzca al adulto mayor a sentirse enfermo aunque no padezca afecciones físicas, lo que lleva a revelar la importancia de que este tipo de afecciones se destaquen y traten, a fin de evitar una pérdida de bienestar, innecesariamente. (8)

Se ha encontrado, asimismo, que el hecho de que adulto mayor se sienta enfermo, no guarda relación, con que este esté, efectivamente, padeciendo una enfermedad.

Cabe señalar, al respecto, que la prevalencia de afecciones crónicas no transmisibles en adultos mayores es alta, y si estas están bien controladas (tratamiento y medicación adecuados), pueden presentar molestias menores, o tal vez, ninguna. La enfermedad, es percibida como una fuente de estrés, cuando genera dolores frecuentes o permanentes, limita la movilidad o la capacidad de realizar actividades, o produce alguna discapacidad relevante. (33) (34)

El malestar o bienestar, manifiesta no guardar relación estrecha con la presencia o no de enfermedades. Se ha observado que el sujeto adulto mayor, es capaz de establecer nuevos marcos de interpretación, lo que le permite mejorar su bienestar psicológico gracias a su capacidad adaptativa y una percepción ampliada de la idea de salud. (8)

La discapacidad relacionada con pérdidas de audición, visión y movilidad relacionadas con la edad y las enfermedades no transmisibles, sobreviene después de los 60 años con mayor asiduidad. A ello cabe sumar las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. Esta carga se asocia con afecciones en personas mayores en países tanto de ingresos bajos como medianos, preferentemente. La relación entre estas afecciones y el modo en que afecta a la persona mayor, no es algo muy estudiado, y cada afección puede tener un impacto diferente. Por ejemplo, una discapacidad auditiva considerable, mediante el uso de un aparato de audición, puede ayudar a mantener altos niveles de funcionamiento. Por lo que por más que durante el envejecimiento se presenten varias afecciones crónicas, el impacto de la

multimorbilidad en el funcionamiento puede ser mucho menor al supuesto. La idea de salud en la vejez, adopta así distinto significado, y una persona con diferentes afecciones, puede experimentar un alto bienestar. (6) Otro tipo de afecciones, como la demencia, ha presentado efectos muy diferentes y se ha asociado la depresión a estados iniciales de esta. (41) Asimismo, si las personas con demencia o cardiopatía avanzada, por ejemplo, cuentan con acceso a asistencia sanitaria, sus capacidades se pueden optimizar, y un entorno propicio puede mejorar significativamente sus niveles de bienestar. (6)

Como predictores de la depresión en adultos mayores, se señala el sentimiento de felicidad, el miedo a que algo malo pudiese ocurrir, la sensación de pérdida de memoria, la suspensión de actividades e intereses y la falta de actividades sociales fuera del hogar.

La preferencia de quedarse en la casa en vez de salir y hacer cosas nuevas, y suspender reiteradamente actividades, es algo que se repite en gran parte de los adultos mayores encuestados en el presente estudio.

Se ha mencionado la importancia de las actividades sociales, pero con respecto a la memoria, cabe destacar que, se ha encontrado en otros estudios, que “La progresiva pérdida de memoria, razonamiento y concentración por la falla cognitiva, son las principales razones que lo vuelven más vulnerable desde el punto de vista psíquico.” (42) Lo que permite asociar esta vulnerabilidad, a los síntomas depresivos, y llama a tomar en cuenta la prevención en estos casos.

En cuanto a la variable aislada que mejor puede predecir la depresión, se destaca la N° 15, que, con respecto a la memoria del sujeto, le pregunta si: 15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?, por lo que se repite la memoria como un factor especialmente relacionado a las situaciones depresivas en adultos mayores.

Carol y otros (2009), encontraron relación entre depresión y alteraciones en funciones ejecutivas y memoria, y advierten, que, puede ser síntoma inicial de un proceso demencial y la expresión de una degeneración neuronal de alguna enfermedad cerebrovascular, por lo que constituye un factor a tomar en cuenta y no pasar por alto. (41)

La calidad de vida de un adulto mayor, puede mejorar significativamente con tratamiento adecuado de sus afecciones, y las psicológicas no pueden ser desatendidas, a pesar de que suelen pasar desapercibidas en muchos casos, o de que se les reste importancia. Es

una finalidad importante cambiar esto, a fin de concientizar sobre la relevancia de trabajar preventivamente para la mejora y mantenimiento de la salud mental de esta población especialmente vulnerable, intentando mejorar su calidad de vida.

9. Conclusiones

1. Se ha analizado un N=61 A.M. > 65 años, en Clínica Bovril S.A. en Bovril (E.R.), mediante el Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage (V-15) (EDG).
2. Se encontraron valores de depresión algo más bajo que la prevalencia general publicada. 18% de los entrevistados, poseen indicadores de depresión. El 8,2% debería indagarse con mayor profundidad para confirmar la enfermedad.
3. Pese a dificultades económicas y de bajo nivel de educación, no presentan mayor depresión en número o profundidad de enfermedad.
4. Se destaca la importancia del Test de Yesavage, que resalta en sus reactivos, pacientes que son asistidos por sus síntomas somáticos y que en la EDG, obtienen puntajes que obligan a profundizar el diagnóstico de depresión.
5. No es natural la depresión tan solo por ser adulto mayor.
6. Tratando correctamente sus enfermedades, los síntomas desaparecen y se ausentan los factores que llevan a la fragilidad necesaria, para incrementar la aparición de depresión.
7. Es imposible ignorar cualquier noxa que incremente la vulnerabilidad, provocando fragilidad en el A.M. principalmente si está relacionada a degeneración neuronal progresiva afectando la capacidad cognoscitiva, porque es una puerta de entrada a la depresión y a la demencia.
8. Siendo esta franja etaria cada vez más numerosa, para integrarlos, se recomienda la creación de ámbitos sociales que los contenga, con profesionales informados de su existencia y conducta, con instituciones sanitarias acordes.
9. Transporte, vivienda, trabajos, protección social, servicios de salud y de cuidados para un envejecimiento saludable y virtuoso, que logren la recuperación de la capacidad funcional y conservar la autonomía de los A.M.

10. La capacidad funcional y la autonomía se lograrán educando a la sociedad toda, destacando la salud mental del A.M. desde ámbitos académicos, profesionales, instituciones, políticos, etc.

11. La calidad de vida del A.M. es inversamente proporcional a la depresión. Mayor calidad de vida es igual a menor depresión y viceversa.

12. Cuatro parámetros importantes las relacionan. 2 de la Escala de Whoqol Bref y 2 del Euroqol-5D / EVA. Disfrutar de la Vida y Aceptar la Actual Apariencia Física, del primero y Poder Hacer sus Cuidados Personales y No Sentir Ansiedad del segundo, tuvieron un 71% de predicción de depresión.

13. En nuestro estudio, la edad y la participación social, fueron los parámetros que tuvieron más injerencia sobre la aparición de depresión.

10. Bibliografía

1. La salud mental y los adultos mayores. [Online].; 2017 [cited 2019 05 04. Available from: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/index.html>.
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; 2017 [cited 2019 05 10. Available from: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>.
3. Tamayo M. El proceso de la investigación científica México: Limusa Noriega Editores; 2001.
4. Galarza Vásquez K. Salud y Medicinas. [Online].; 2019 [cited 2019 05 10. Available from: <https://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/climaterio/prevencion/envejecimiento-activo.html>.
5. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Serie Población y Desarrollo N° 21. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL Área de Población y Desarrollo del CELADE , Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) ; 2001.

6. Anderson S, Arai Y, Armitage A, Bouesseau MC. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. USA.; 2015.
7. INDEC. Desarrollo Social. [Online].; 2014 [cited 2019 05 10. Available from: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/informes/encuesta-nacional-sobre-calidad-de-vida-de-adultos-mayores-una-nueva-imagen-de-la-vejez/>.
8. Amadasi J, Tinobras C. Condiciones de vida e integración social de las personas mayores : ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? Hacia una Argentina para todas las edades Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año I. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina, Observatorio de la Deuda Social Argentina; 2015.
9. Jauregui JR, Rubin RK. Fragilidad en el adulto mayor. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. 2012;; p. 110-115.
10. Psicología del Adulto Mayor. Definiciones cercanas sobre el Adulto Mayor. [Online].; 2012 [cited 2019 05 10. Available from: <http://psadultomayor.blogspot.com/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html>.
11. Valle García N. Salud y Sociedad. Curso en Salud Social y Comunitaria. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2009.
12. Kalache A, Keller I. El envejecimiento de la población. Un reto global y una realización integral. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2001; 36(83): p. 13-15.
13. Finlay CJ. Factores psicosociales de la depresión. Revista Cubana de Medicina Militar. 2006 julio-septiembre; 35(3).
14. Chinchilla Moreno A. La Depresión y sus Máscaras Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2008.
15. R P. Consideraciones para una historia natural de los cuadros depresivos. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana. 1988; 21(1): p. 47-60.
16. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.

[Online].; 2019 [cited 2019 05 10. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es.

17. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Virginia: American Psychiatric Association (APA); 1952.
18. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental Virginia, USA: Asociación Estadounidense de Psiquiatría; 2013.
19. Rees AM, Affranchino Miniello I. Información de salud para los consumidores Phoenix, USA: Oryx Press; 1998.
20. Corr PJ. Psicología Biológica México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
21. Brunton L, Chabner B, Knollmann B. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12th ed. México: McGraw-Hill; 2016.
22. Menchon JM, Crespo JM, Anton JJ. Depresión en ancianos. Curso de formación continuada en geriatría. 2001; 3: p. 4-12.
23. Aguilar Navarro SG, Fuentes Cantú A, Ávila Funes JA, García Mayo EJ. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. Salud Pública de México. 2007 julio-agosto;(49).
24. Risco M, Marlene , León E, Dongo M, Munayco C. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2015; 32(4).
25. Naghi N. Metodología de la investigación. In. México: Limusa; 2000.
26. Razo Muñoz C. Cómo elaborar y asesorar una investigación de Tesis México: Pearson; 1998.
27. Sampieri R, Collado C, Lucio P. Metodología de la Investigación. In. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004.

28. Menchón JM, Crespo JM, Antón JJ. Depresión en ancianos. Curso de formación continuada en geriatría. 2001;(3): p. 4-12.
29. Kurlowicz L, Greenberg S. La escala de depresión geriátrica. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. 2007;(4).
30. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey MB, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. Clinical Gerontologist. 1982; 1: p. 37-44.
31. Bravo Almonacid F. Envejecer en la pobreza: prácticas y representaciones de personas mayores tendientes a su reproducción cotidiana en ámbitos domésticos y extradomésticos. Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias Sociales. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2014.
32. Según la UCA, los casos de depresión y ansiedad se duplican en personas pobres. [Online].; 2019 [cited 2019 05 10. Available from: <https://www.perfil.com/noticias/sociedad/informe-uca-casos-depresion-ansiedad-duplican-en-pobres.phtml>.
33. Rivas Castro A, Romero Cárdenas Á, Vásquez Munive M, Canova Barrios C. Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. Cultura del cuidado Enfermería. 2013 Jun; 10(1): p. 17-26.
34. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia Psicológica. 2012 Jul; 30(2): p. 23-29.
35. Santisteban Baldera YM, Montenegro Valdivia JdM. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque - 2016. Tesis para optar por el título profesional de Licenciado en Enfermería. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
36. Mías CD, Sassi M, Masih ME, Querejeta A, Krawchik R. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. Revista de Neurología. 2007; 44(12): p. 733-738.

37. Losada AV, Álvarez Strauch M. Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. Neurama Revista Electrónica de Psicogerontología. 2014; 1(1): p. 48-62.
38. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Las condiciones de salud de las personas mayores. Boletín N° 2. Buenos Aires: Universidad Católica Argentina - Fundación Navarro Viola, Observatorio de la Deuda Social con las Personas Mayores.
39. Tartaglini MF, Dillon C, Hermido P, Feldberg C, Somale V, Stefani D. Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. Depresión Geriátrica, Alexitimia y características sociodemográficas. 1981;(16): p. 518-527.
40. Fundación Navarro Viola - Fundación InterAmericana del Corazón. La actividad física en las personas mayores:Guía para promover un envejecimiento activo. Buenos Aires; 2018.
41. Dillon C, Taragano F, Serrano C, Salgado P, Iturri M, Popovich P, et al. Estudio epidemiológico de la depresión geriátrica en un laboratorio de memoria. Revista Neurologica Argentina. 2009 enero; 34(1).
42. De los Santos PV, Carmona Valdés SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Población y Salud en Mesoamérica. 2018 enero-junio; 15(2).
43. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Cuestionarios en Atención Primaria. 2001; 28(6): p. 425-426.
44. Nación IMdDSdl. Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida en Adultos Mayores 2012. Serie de Estudios INDEC N° 46. Buenos Aires; 2014.
45. Ministerio de Salud Gobierno de Entre Ríos. Panel Demográfico Provincia de Entre Ríos. [Online].; 2011 [cited 2019 05 10. Available from: <http://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2011/01/PANEL-DEMOGRAFICO-Y-SOCIOECONOMICO-PROVINCIAL.pdf>.

46. Capuñay Chafloque J, Figueroa Alvarado M, Varela Pinedo L. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú:, Departamento de Medicina, Hospital Nacional Cayetano Heredia ; 1995.

11. Anexos

Protocolo administrado

CLINICA BOVRIL SA / ... / ...

APELLIDO

NOMBRE.....
.....

FECHA DE NACIMIENTO ... / ... / ... **EDAD**.....

DNI..... **SEXO** H M

DOMICILIO.....
.....

ESTADO CIVIL CASADO – SOLTERO – SEPARADO – DIVORCIADO -
VIUDO - EN PAREJA

VIVIENDA PROPIA – ALQUILADA – PRESTADA

EDUCACIÓN ANAFALBETO – PRIMARIA INCOMPLETA - PRIMARIA COMPLETA
-

SECUNDARIA INCOMPLETA - SECUNDARIA COMPL.- TERCARIO –
UNIVERSITARIO

INGRESOS JUBILACIÓN JUBILACIÓN + OTROS INGRESOS

PERSONAS A CARGO HIJOS – NIETOS - OTROS

HIJOS SI (.....) NO

CONVIVE PAREJA - HIJO/A - FAMILIAR – OTROS

VISITA DE FLIA / AMIGOS / VECINOS 1 – 2 – 3 + VECES X SEMANA CADA 15
DS 1 VEZ X MES

INTEGRA O PARTICIPA DE GRUPO SOCIAL IGLESIA – CENTRO DE
JUBILADO – CLUB – OTROS

1. ¿EN GENERAL, ESTÁ SATISFECHO/A CON SU VIDA?

_____ SÍ NO

2. ¿HA ABANDONADO MUCHAS DE SUS TAREAS HABITUALES Y AFICIONES? _____ SÍ NO

3. ¿SIENTE QUE SU VIDA ESTÁ VACÍA? _____ SÍ NO

4. ¿SE SIENTE CON FRECUENCIA ABURRIDO/A? _____ SÍ NO

5. ¿SE ENCUENTRA DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? _____ SÍ NO

6. ¿TEME QUE ALGO MALO PUEDA OCURRIRLE? _____ SÍ NO

7. ¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? _____ SÍ NO

8. ¿CON FRECUENCIA SE SIENTE DESAMPARADO/A, DESPROTEGIDO/A? _____ SÍ NO

9. ¿PREFIERE USTED QUEDARSE EN CASA, MÁS QUE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS? ____ SÍ NO

10. ¿CREE QUE TIENE MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE? _ SÍ NO

11. ¿EN ESTOS MOMENTOS, PIENSA QUE ES ESTUPENDO ESTAR VIVO? _____ SÍ NO

12. ¿ACTUALMENTE SE SIENTE UN/A INÚTIL? _____ SÍ NO

13. ¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA? _____ SÍ NO

14. ¿SE SIENTE SIN ESPERANZA EN ESTE MOMENTO? _____ SÍ NO

15. ¿PIENSA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE ESTÁ EN MEJOR SITUACIÓN QUE USTED? ____ SÍ NO

PUNTUACIÓN TOTAL

Matriz de datos

Escuela de Graduación genérica													Edad	Género	Edu. Est. Civil	Vivienda	Educación	Ingresos	Pera.Cargo	Hijos	Vive con	RecibeVisist.	Partic.Soc.	Se.SienteEnTienEnF.	TomMedic.
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	-1														
1	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	65	Caada	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	4Medic	
2	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	65	Caada	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	1Medic	
3	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	65	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	1Medic	
4	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	66	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	No	2Medic	
5	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	66	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	No	No	Si	1Medic	
6	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Femenino	68	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	1 vez x Mes	Si	No	No	4Medic	
7	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	68	Caada Separada	Propia Terciana Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	4 Hijos	Sola	Visita sem	Si	No	No	2Medic	
8	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	67	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	Si	No	5Medic	
9	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	69	Viuda	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	4 Hijos	Sola	Visita sem	No	No	Si	2Medic	
10	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	69	Viuda	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Sola	Visita sem	No	No	Si	1Medic	
11	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	69	Soltero	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	No tiene	Sola	Visita sem	Si	No	Si	8Medic	
12	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	69	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	No tiene	Sola	Visita sem	Si	No	No	3Medic	
13	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	70	Caada	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	ParajaHijo	1 vez x Mes	Si	No	No	No Medic	
14	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	70	Caada	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	ParajaHijo	Visita sem	Si	No	No	1Medic	
15	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	71	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	Si	No	4Medic	
16	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	71	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Paraja	Visita sem	No	No	No	1Medic	
17	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	72	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	1 Hijo	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	1Medic	
18	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	72	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	7Medic	
19	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	72	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	6 Hijos	Hija	Visita sem	No	No	Si	1Medic	
20	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	73	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	2Medic	
21	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	73	Viuda	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Sola	Visita sem	No	No	Si	5Medic	
22	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	75	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Hijo	Visita sem	No	No	Si	5Medic	
23	No	No	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	75	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	ParajaHijo	Visita sem	Si	Si	No	No Medic	
24	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	76	Caada	Propia Terciana Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	No tiene	Paraja	Visita sem	No	No	Si	3Medic	
25	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	76	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	1 Hijo	Paraja	Visita sem	No	Si	Si	5Medic	
26	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	79	Caada	Propia Terciana Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	4 Hijos	1 Hijo Visita x 365	Paraja	Visita sem	No	Si	Si	7Medic
27	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	79	Caada	Propia Terciana Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	5 Hijos	ParajaHijo	Visita sem	Si	No	No	3Medic	
28	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	79	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	5 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	5Medic	
29	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	80	Caada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	5Medic	
30	No	No	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	81	Viuda	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Sola	Visita sem	Si	Si	No	4Medic	
31	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	81	Viuda	Prestada Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	1 Hijo	1 Hijo	Visita sem	No	Si	Si	5Medic	
32	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Femenino	82	Viuda	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	1 Hijo	Visita sem	No	Si	Si	4Medic	
33	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	83	Viuda	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	4 Hijos	Sola	Visita sem	No	Si	No	1Medic	
34	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	83	Viuda	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	5 Hijos	Sola	Visita sem	No	Si	Si	4Medic	
35	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	85	Caada	Propia Analfabeta Jubilación	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Paraja	Visita sem	No	No	Si	2Medic	
36	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Femenino	88	Viuda	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	No tiene	Sola	Visita sem	No	No	Si	4Medic	
37	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	65	Caado	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	No Medic	
38	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	66	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	1 Hija	Paraja	Visita sem	Si	No	No	7Medic	
39	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	67	Caado	Propia Analfabeta Jubilación	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Sola	Visita sem	No	No	No	2Medic	
40	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	67	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	Si	Si	5Medic	
41	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	68	Caado	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	No	No Medic	
42	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	69	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	3Medic	
43	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	70	Soltero	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	ParajaHijo	Visita sem	Si	No	Si	2Medic	
44	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	70	Soltero	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	1 Hija	1 Hija 1 vez x Mes	ParajaHijo	Visita sem	No	No	Si	2Medic
45	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Masculino	70	Soltero	Prestada Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	No tiene	Sola	Visita sem	No	No	Si	3Medic	
46	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Masculino	71	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	No tiene	ParajaHijo	1 vez x Mes	No	No	No	Si	3Medic
47	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	71	Caado	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	No tiene	Paraja 1 vez x 365	Paraja 1 vez x 365	Si	No	Si	1Medic	
48	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	72	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	1 Hija	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	4Medic	
49	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	73	Soltero	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	No tiene	1 Hermano	Visita sem	No	Si	Si	No Medic	
50	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	73	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Paraja	Visita sem	No	No	No	No Medic	
51	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	73	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	No Medic	
52	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	73	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	ParajaHijo	Visita sem	No	No	No	1Medic	
53	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	74	Caado	Propia Sec. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	5 Hijos	ParajaHijo	Visita sem	Si	No	No	5Medic	
54	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	76	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Paraja	1 vez x Mes	Si	No	Si	1Medic	
55	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	76	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	Paraja	Sola	Visita sem	No	Si	Si	1Medic
56	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Masculino	76	Viudo	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Sola	Visita sem	Si	No	Si	1Medic	
57	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Masculino	81	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	3 Hijos	ParajaHijo	Visita sem	No	Si	Si	2Medic	
58	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	82	Prestada	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	2 Hijos	Sola	1 vez x Mes	Si	No	Si	2Medic	
59	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Masculino	85	Caado	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	4 Hijos	Paraja	Visita sem	Si	No	Si	4Medic	
60	No	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Masculino	86	Soltero	Propia Prim. Compl. Jub. + otros	Jubilación	Sin Cargo	No tiene	Sola	1 vez x Mes	No	No	Si	4Medic	