



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

**“Prevalencia de la depresión y factores psicobiosociales asociados en
pacientes adultos mayores atendidos en la consulta externa del
Hospital Nacional Hipólito Unanue - Enero 2019 a Abril 2019”**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Camara Yoshimoto, Carlos Eiji

(ORCID: 0000-0002-2505-9266)

ASESOR

Aguilar Rivera, William

(ORCID: 0000-0002-3920-6941)

Lima, Perú

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Camara Yoshimoto, Carlos Eiji

DNI

41958259

Datos de asesor

Aguilar Rivera, William

DNI

10192485

Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, Jose David

DNI: 06980185

Orcid: 0000-0002-4164-0923

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: Leon Castro, Hector Moises

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema.....	4
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivos de investigación	5
1.4. Justificación e importancia del problema	6
1.5. Limitaciones	9
1.6. Viabilidad	9

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Teórico	10
2.2 Bases teóricas	24
2.4 Hipótesis.....	43

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio	44
3.2 Diseño de Investigación	44
3.3 Población y Muestra de Estudio	44
3.4 Variables de estudio	46
3.5 Operacionalización de variables.....	47
3.6 Técnicas de recolección de datos e instrumentos.....	48
3.7 Técnica para el procesamiento de la información	49
3.8 Aspectos éticos.....	49

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos.....	50
4.2 Cronograma del proyecto	50
4.3 Presupuesto o costo del proyecto.....	51
4.4 Control y evaluación del proyecto.....	51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
---------------------------------	----

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	57
Anexo 2: Escala Abreviada de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	61
Anexo 3: Consentimiento informado	62
Anexo 4: Matriz de consistencia.....	63

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Descripción de la realidad problemática

La OMS brinda datos acerca del envejecimiento de la población a nivel mundial. Este envejecimiento es aparentemente acelerado y se estima que entre los años 2015 y 2050 el porcentaje de personas adultos mayores (aunque hablan de mayores de 60 años), será prácticamente del doble, llegando al 22% en promedio(1).

Otro dato estadístico preocupante es que, según la OMS, un 20% de la población geriátrica padece un trastorno neuropsiquiátrico, y dentro de este grupo etario el 6,6% de la discapacidad se debe a trastornos del sistema nervioso y trastornos mentales relacionados, siendo los más frecuentes la demencia, los trastornos neuropsiquiátricos y la depresión (1).

La depresión en el adulto mayor tiene un rango amplio, quizás debido a la dificultad para la detección de este, habiéndose encontrado prevalencias entre el 6 – 20%. Esta cifra aumenta a 27% (algunos autores incluso plantean una cifra mayor) en los pacientes hospitalizados, sobre todo en aquellos de larga estancia. Ante un cuadro depresivo, las molestias somáticas se presentan con mayor frecuencia en la población geriátrica, asociado a ánimo disminuido y triste y mayor ansiedad, la expectativa de mejoría no es alentadora por las constantes recaídas y morbimortalidad incrementada.

Un estudio realizado que incluyó zonas urbanas y rurales de Perú (2), se estimó la prevalencia de la depresión en personas mayores de 65 años, así como la discapacidad asociada y el acceso al tratamiento. Encontrándose que la prevalencia en Perú fue de 2.2 % medido según definición de DSM IV. Debemos recordar que la transición epidemiológica pasa por un momento en el que la población geriátrica

está en aumento, con lo cual la prevalencia de la depresión en este grupo también incrementará.

En nuestro país, pocos datos existen, sin embargo, un estudio realizado en Lima mostró que dentro de los factores que influyen en los niveles de depresión, el factor psicológico es aquel que tuvo mayor prevalencia, y con menor porcentaje, 34,1%, el factor social. Estos factores tienen un carácter impulsor de la depresión del adulto mayor. Los adultos mayores en su mayoría presentaron un cuadro depresivo de intensidad leve (59,1%), luego un nivel de intensidad moderada y en menor proporción de intensidad severa, siendo éstos el 9,1%. Debemos recordar que los factores biológicos, los factores psicológicos y sociales influyen muchísimo en la presentación de depresión en esta etapa de la vida(3).

En nuestro medio existen muy pocas investigaciones a nivel nacional publicadas sobre factores asociados con depresión en el adulto mayor, a excepción de los estudios epidemiológicos específicos de salud mental, lo cual motiva a realizar un estudio para determinar una prevalencia actual de depresión en adultos mayores.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de depresión y los factores biopsicosociales asociados en pacientes adultos mayores de 60 años atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo de enero 2019 - abril 2019?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de depresión y los factores biopsicosociales asociados en pacientes mayores de 60 años atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo de enero 2019 - abril 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de depresión y los factores biopsicosociales asociados según sexo en pacientes mayores de 60 años.
- Determinar la prevalencia de depresión según la edad en adultos mayores de 60 años.
- Determinar si los factores biológicos y antecedentes familiares, están asociados a la depresión en adultos mayores de 60 años.
- Determinar si los factores psicológicos: están asociados a la depresión en adultos mayores de 60 años
- Determinar si los factores sociales: están asociados a la depresión en adultos mayores de 60 años.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

1.4.1 Justificación legal

El presente proyecto de investigación se ha elaborado y esquematizado respetando las normas y aspectos éticos de la investigación científica, estos estudios no han sido sustentados ni publicados y es de autoría propia, la cual se registra dentro de la ley general de salud (Ley 26842), que insta que el “Estado promueve la investigación científica”. (30) El gobierno publicó el jueves 21 de julio de 2016, en el diario “El peruano”, el Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley de la Persona Adulta Mayor (Ley N° 30490). Dentro del capítulo II de la investigación, enumeran los derechos de las personas adultas mayores y los deberes de la familia y del estado para con ellos. Se especifica que los adultos mayores tienen derecho a tener una vida honorable, dichosa, independiente, autónoma y saludable, vivir dentro de una familia constituida y un envejecimiento en el hogar y en la comunidad, además de 7 contar con atención integral de salud y participar en los procesos de atención en su salud, integrado por personal encargado a través de una escucha activa, dinámica y empática, el cual le permite manifestar sus

necesidades e inquietudes. Es por ello que es importante la realización de este proyecto de investigación, la cual se basa en diversos estudios realizados a nivel nacional e internacional, en los cuales se comprueba no se consideran los derechos que tienen los adultos mayores, precisamente esto ha colaborado al aumento en la prevalencia de trastornos mentales como la depresión. (29)

1.4.2 Justificación teórico-científico

El envejecimiento en el ser humano se desarrolla como parte del ciclo natural vital, es un proceso biológico progresivo que en los últimos años se ha ido incrementado en países en desarrollo; por lo que en replica a este proceso epidemiológico se han creado políticas de defensa ante este grupo etario indefenso que se encuentra en incremento. La sociedad actualmente presenta conceptos erróneos, los cuales son factores culturales para generar depresión en los adultos mayores, ven a la vejez como sinónimo de inutilidad, falta de productividad, invalidez, además existen otras concepciones acerca de la vida socio familiar que han ido mermando en las concepciones de las personas como que: la vejez no es admisible en el entorno familiar, esto hace que el envejecimiento trascienda en la salud del adulto mayor. Los octogenarios tienen derecho a tener integridad social, psíquica y moral ya que su avanzada edad es un factor de riesgo para presentar un gran número de padecimientos además que el incremento de los años vividos hace que exista una mayor tasa de presentar enfermedades crónicas o degenerativas. Entre las enfermedades de salud más prevalentes en los adultos mayores encontramos a la depresión; los adultos mayores presentan negatividad al no aceptar que el envejecimiento es una etapa normal del desarrollo, el sentirse poco útil, el no tener las mismas capacidades que tuvo de joven, el pensar que son una carga para la familia y que los aburren o molesta y demás creencias erróneas propias de su edad y las circunstancias que están pasando fomentan la aparición de cuadros depresivos, los cuales deben de ser estudiados por los profesionales de la salud mental y fisiológica y más aún en los más vulnerables como son los adultos mayores. Todos estos datos se

corroboraron en los diversos estudios revisados para la realización de este proyecto, en las cuales se encontró alta prevalencia de depresión en los adultos mayores ya sea en residencias geriátricas, en hospitales, o viviendo en casa, además de presentar múltiples factores de riesgo asociados, tanto sociodemográficos, psicológicos y biológicos.

1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Existe una baja proporción de pacientes adulto mayores que han recibido tratamiento de parte del personal de salud ante este problema(4), por tanto, identificar su prevalencia nos servirá para conocer la magnitud de pacientes que requieren atención especializada.

Asimismo, la depresión en los adultos mayores tiene consecuencias en el ámbito de la salud pública, específicamente en el impacto en el gasto en salud. Los pacientes adultos mayores con síntomas de depresión tienen costos de atención médica aproximadamente un 50% más altos que los ancianos no deprimidos (5), por lo cual es necesario determinar cuál es la prevalencia de esta enfermedad en nuestra población para tratarla oportunamente y reducir el gasto en salud.

Por otra parte, el conocimiento de los factores asociados a la depresión en los adultos mayores nos permitiría activar programas de atención primaria dirigidos a mejorar la cultura relacionada a los temas de psiquiatría en el adulto mayor y con ello mejorar la recuperación a través de un diagnóstico oportuno y tratamiento antidepressivo, los cuales contribuyen a la conservación de la salud en esta población específica.

El presente Proyecto de Investigación espera colaborar difundiendo y realizando un análisis crítico evocando respuestas reflexivas ante el proceso natural del envejecimiento en la población adulta mayor evitando o disminuyendo la formación de presentar depresión.

1.5. LIMITACIONES

Una de las limitaciones del estudio es que la población corresponde a pacientes hospitalarios, por lo que esto no es representativo de la población general. Otra limitación se relaciona al posible sesgo de selección, debido a que es probable que los pacientes atendidos en el hospital correspondan a casos más graves de depresión. Finalmente, la poca afluencia de pacientes por la coyuntura de la pandemia actual limitaría alcanzar rápidamente la muestra requerida.

1.6. VIABILIDAD

El Hospital Nacional Hipólito Unánue ha autorizado la investigación y contará con la aprobación Ética correspondiente.

Respecto a la recolección de información, esta será realizada por el investigador del estudio, contando además con el apoyo de los especialistas del servicio de psiquiatría.

La investigación es autofinanciada y se asegura contar con los recursos económicos para desarrollarla. Se ejecutará las coordinaciones administrativas pertinentes con las autoridades del Hospital Nacional Hipólito Unánue, solicitamos un oficio de presentación a la dirección de la Escuela de Post Grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, dirigida a la directora del Hospital, además de una solicitud dirigida al médico jefe servicio de consultorios externos, para lograr la ejecución del estudio.

CAPITULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Muchos trabajos nacionales y extranjeros asociados al tema fueron revisados, habiéndose seleccionado los que eran de mayor relevancia para la problemática actual. Lo que se encontró fue lo siguiente:

Estudios Nacionales

Se llevó a cabo en la ciudad de **Lima** un estudio para medir el “*Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014*”, el cual buscaba determinar los niveles de depresión en los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. Un estudio cuantitativo, de método descriptivo y de corte transversal. La población y muestra fue de 73 adultos mayores, con aplicación de técnicas de muestreo aleatorio simple. Se utilizó la entrevista como método de recolección de datos y el instrumento fue la escala de depresión geriátrica – test de Yesavage para adultos mayores. Se encontró como parte de los resultados que 42 (58%) de los participantes presentaban un cuadro depresivo leve. 17 (23%) participantes presentaban depresión mayor moderada y 14 (19%) participantes, un cuadro depresivo severo. La depresión severa era predominante en el grupo etario comprendido entre los 60 y 64 años, que corresponde al 9,5%. La depresión leve fue más frecuente entre las edades de 65 a 69 años, que corresponde con un 27.3%. en los adultos mayores de mayor edad, es decir, el grupo comprendido entre los 70 a 74 años, la depresión severa presentaba una prevalencia del 6,8%. Relevante es el dato adicional sobre el grado de instrucción, estando la

depresión moderada en un 11% para aquellos con instrucción primaria, seguido de un grado de instrucción analfabeto con un 8,2% (6).

En la ciudad de **Lima** se realizó un trabajo similar, que incluía factores asociados a la depresión "*Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010.*" encontrándose dentro de los factores que influyen en los niveles de depresión, el factor psicológico es aquel que tuvo mayor prevalencia, desarrollando una depresión leve en el 50% de los casos, y con menor porcentaje, 34,1%, el factor social. Estos factores biopsicosociales son los elementos que tienen un carácter impulsor (desencadenante) de la depresión del adulto mayor. Los adultos mayores en su mayoría presentaron un cuadro depresivo de intensidad leve (59,1%), luego un nivel de intensidad moderada y en menor proporción de intensidad severa, siendo éstos el 9,1%. Con la aparición de la depresión se afecta fundamentalmente la esfera anímica, el estado de ánimo, pero también veremos alteraciones cognitivas, pérdida de placer por actividades cotidianas, alteraciones en diversas esferas funcionales, ocasionando una evidente disminución en la calidad de vida del individuo que lo padece. La libido en menor cuantía fue, entre los factores biológicos, el indicador que se presentó en mayor proporción en los ancianos con nivel de depresión catalogado como leve (59.1%). Debemos recordar que los factores biológicos intervinientes en la depresión de los adultos mayores son los cambios anatómicos con pérdida de la agudeza de muchos sentidos y disminución del deseo sexual. Analizando los factores psicológicos, encontramos que la denominada baja autoestima y el sentimiento de soledad y no pertenencia a grupo social son los de mayor prevalencia en la depresión leve que se encuentra en los adultos mayores (hasta un 50%). La sensación de inutilidad, soledad, impotencia y pérdida de algunas funciones superiores como la memoria colaboran con la gravedad de la depresión. Sobre los factores sociales, los adultos mayores pasan muchas veces por situaciones económicas desfavorables, perteneciendo esto a los factores sociales y estuvo presente en el 54.6% de los pacientes ancianos con depresión de intensidad leve. Entre los otros

factores, tenemos la discriminación (social y laboral), el alejamiento de los familiares, el fallecimiento del cónyuge, etc (3).

Se hizo el recuento de otro estudio hecho en el norte del Perú, específicamente en **Trujillo** "*Depresión y Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores*", siendo un trabajo descriptivo y de correlación, con una población objetivo que estuvo conformada por adultos mayores que eran vistos o atendidos en la consulta externa del servicio de medicina del hospital EsSalud Moche. Se encontró como resultado una prevalencia de depresión leve del 23%, con tasas diferenciadas entre hombres y mujeres de 12,7% y 18.7% para varones (7)

En un estudio llevado a cabo en **Lima** de título "*Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*", se observa que el autor puntualiza el estudio de los niveles de depresión y su relación con la autoestima en pacientes hospitalizados adultos mayores. Los grupos fueron de 40 pacientes institucionalizados y 45 no hospitalizados, de un nivel socioeconómico medio alto y en ambos grupos se superaban los 65 años de edad. La escala de estudio aplicada fue la escala de Beck (versión segunda revisada BDI – II) y el inventario de autoestima de Coopersmith que cuenta con un formato para adultos. Se expuso en los resultados del estudio que hay una sólida relación, inversa y significativa entre la autoestima y la depresión en los grupos estudiados. Esto es aplicable a ambos grupos de estudio (8).

Estudios internacionales

En un estudio que se realizó en **Israel** para evaluar la edad como factor de riesgo Los participantes fueron 243 pacientes ambulatorios de oncología, de 65 años o más, que recibieron tratamiento para la enfermedad activa o dentro de los 6 meses posteriores a la finalización del tratamiento para la enfermedad activa, con una puntuación de Karnofsky ≥ 70 . Los participantes fueron agrupados por edad: "Más

joven" - edad 65-74 (N = 125); "Viejo": 75 a 84 años (N = 49); y "Ancianos": \geq 85 años (N = 69). Los datos de antecedentes incluyeron: sociodemografía; tipo / estadificación / tratamiento del cáncer; Índice de comorbilidad de Charlson (CCI); Rendimiento del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Los datos psicológicos incluyeron: la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de 5 ítems; "Termómetro de socorro" (artículo individual); y Agentes de apoyo social percibidos por el cáncer (12 ítems).

La depresión entre los pacientes mayores con cáncer aumenta con la edad, siendo extremadamente común entre los ancianos. La edad predijo de forma independiente la depresión, independientemente de las variables médicas, el apoyo social o el estado funcional.(9)

Se realizó un estudio en **Colombia**, similar a los anteriores, en el que el trabajo titulado "*Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012*", explora la asociación entre los aspectos sociales, demográficos 13 y funcionales (desenvolvimiento social, laboral, aspectos familiares etc.) de los adultos mayores en contraste con la aparición de la depresión o el aumento del riesgo. El trabajo fue evidentemente desarrollado en Antioquia durante el año 2012. Se realizó entonces un estudio de tipo transversal analítico, con una población importante conformada por 4248 pacientes mayores de 60 años quienes vivían en los 37 municipios del departamento de Antioquia. Las variables independientes fueron las mencionadas: características sociales, demográficas y funcionales, siendo la variable dependiente el riesgo de depresión, habiéndose encontrado que la dificultad para la adaptación y relación con el entorno físico (factor mencionado anteriormente, por ejemplo, al hablar de la pérdida de agudeza de los sentidos) y entorno emocional – afectivo tiene mayor relación con el riesgo de depresión que la condición biológica en sí, siendo esto un hallazgo favorable pues son factores modificables y por ende prevenibles. Se recomienda estrechar y potenciar el vínculo familiar además de ejercer un envejecimiento funcional, útil de acuerdo a las capacidades de cada individuo (10).

En la ciudad de Torreón, estado de Coahuila, **México**, se desarrolló el trabajo *“Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado”*, que determinó la prevalencia de los factores asociados a la depresión en los adultos mayores (corte de edad de 65 años) hospitalizados en un hospital de la zona (perteneciente al seguro social), hombres y mujeres, llevado a cabo entre junio y diciembre del año 2003. La prevalencia de depresión encontrada fue de 50%, mayormente asociado a edades que superaban los 80 años, con predominancia en las mujeres, múltiples factores que hacían dependientes a los pacientes, hospitalizados en el área de medicina interna y que vivían solos, así como también presentar enfermedades de larga data como las crónico - degenerativas. Así, se encontró una alta tasa de depresión en los ancianos hospitalizados. El sentimiento de no pertenencia a la familia nuclear, así como padecer diversas patologías de curso crónico fueron los factores de riesgo más vinculados al desarrollo y aparición del trastorno depresivo(11)

En **España**, ciudad de Madrid se realizó el estudio *“Depresión en ancianos y factores de riesgos asociados”*, que describió la prevalencia de la depresión y sus factores asociados en adultos mayores que superaban los 80 años y quienes eran evaluados en el Centro de atención primaria de su localidad. La población total fue de 220 personas, siendo el 58,6% mujeres. Se utilizó como escala de medición la GDS (Yesavage Geriatric Depression Scale) que fue positiva para 76 pacientes (corresponde al 34,5% de pacientes), de los cuales sólo 46 de ellos (20,9%) tenía el diagnóstico de trastorno depresivo en la historia clínica. Hay entonces casi un 15% de paciente no diagnosticados y por ende no tratados de depresión. Los factores contribuyentes al fueron el deterioro cognitivo, pérdida de capacidades, aunque éstos también fueron una consecuencia del padecimiento del trastorno depresivo en sí. Contribuyó a la aparición del trastorno depresivo la desfavorable autopercepción (sentimiento de “no podré hacerlo”) y la falta de ejercicio físico (12).

Un estudio en **México** acerca de (13), *“Depresión en el adulto mayor y factores relacionados”*, tiene como objetivo principal el analizar la Prevalencia de depresión en el adulto mayor en una ciudad del Norte de México y los factores que se le asocian. Se entrevistaron a 556 octogenarios en la población abierta y dentro de casas de retiro, centros de actividades, hospitales y consulta externa para obtener las variables socio-demográficas. Los resultados arrojaron que existe una prevalencia de depresión de 33.27% y en los factores asociados se encontraron a los factores familiares asociados, los cuales son: El encontrarse solo, vivir en una familia disfuncional, percibir maltrato psicológico, estar hospitalizado. En los factores de salud están: El riesgo de sufrir caídas, dificultades en su cuidado, ayuda deficiente y de requerir modificaciones en casa. Dentro de los factores económicos tenemos: El no tener percibir ingresos o ser insuficientes, finalmente tenemos en los factores Sociales: La pobre educación sea primaria o menor y el no estar dentro de clubs (13).

Otro estudio que se realizó en **Cuba** acerca de *“Incidencia de Depresión del Adulto Mayor en Salas de Medicina Interna 2011”* realizado en el Hospital Alberto Fernández Montes de Oca de Cuba en el año 2011. Este estudio fue de carácter observacional, descriptivo, transversal en el Hospital Alberto Fernández Montes de Oca del Municipio San Luis, provincia de Santiago de Cuba, incluyó a todos los pacientes de 65 años y a los que ingresaron en el servicio de medicina interna del Hospital “Alberto Fernández Montes de Oca” del municipio San Luis en la provincia de Santiago de Cuba, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero 2011 al 30 de julio del 2011. Los resultados obtenidos en este estudio son que el total de adultos mayores de 65 años que se encontraban hospitalizados con depresión según el sexo, de los cuales 13 presentaban una depresión ligera asociada, según la escala de Yesavage, 9 de ellos moderada y 7 en forma severa siendo el 44%, 31% y 24% respectivamente. También en este estudio se relacionan a los pacientes mayores de 65 años con depresión y que presenten enfermedades crónicas asociadas, siendo la hipertensión arterial como la causa de mayor frecuencia dentro de las enfermedades crónicas tanto

para hombres como para mujeres. Existe una gran relación entre el grado de depresión con la actividad física que el paciente realizaba, el 80.8 % y 72.2 % de los pacientes que padecen depresión moderada y severa tiene una participación escasa en actividades sociales. Mientras que los pacientes que sufren de depresión y participan activamente en actividades sociales padecen de depresión en su forma ligera y otro por ciento inferior de forma moderada. Al hacer una distribución de pacientes que sufren depresión según percepción económica y hábitos tóxicos, la mitad del total de pacientes (49.2 %) poseen una mala percepción económica. Dentro de los Hábitos tóxicos incorporados está representado por el 73.5% de los pacientes, de los cuales el 53.8% de ellos presentan además una mala percepción económica. El hábito de fumar es el hábito nocivo con mayor incidencia durante la depresión, seguido de la ingesta bebidas alcohólicas generalmente en sexo masculino y el consumo de café se da en ambos sexos (14).

En **India** se realizó un meta-análisis sobre depresión en mayores de 60 años, encontrándose que aproximadamente un tercio de la población anciana de la India sufría de depresión con preponderancia femenina.(15).

En **Suecia** se realizó un estudio para explorar si la prevalencia de la depresión varía cuando se utilizan diferentes criterios de diagnóstico y escalas de calificación, en adultos mayores. Se estudió una muestra de 3353 personas de 60 a 104 años. La prevalencia puntual de la depresión se estimó mediante: 1) criterios de diagnóstico, ICD-10 y DSM-IV-TR / DSM-5; 2) escalas de calificación, MADRS y GDS-15; y 3) autoinforme. Se comparó la prevalencia de depresión en submuestras por estado de demencia, lugar de residencia y sociodemografía.

Se encontró que la prevalencia de cualquier grado de depresión fue del 4,2% (moderada / grave: 1,6%) para la CIE-10 y del 9,3% (mayor: 2,1%) para el DSM-IV-TR; 10,6% para MADRS y 9,2% para GDS-15; y 9,1% para autoinforme. La prevalencia de la depresión fue menor en la muestra libre de demencia en comparación con la población total. Además, tener una función física deficiente o no tener pareja se

asoció de forma independiente con una mayor prevalencia de depresión, en la mayoría de las definiciones de depresión(16).

Se realizó un estudio en **China** con el objetivo de analizar el sueño en relación con la depresión y la ansiedad en una muestra de adultos mayores cognitivamente sanos. La Escala de Depresión Geriátrica, el Inventario de Ansiedad Geriátrica y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh se administraron a una muestra de participantes ancianos (n = 107; 81 mujeres). Se encontró que la Escala de Depresión Geriátrica y Las puntuaciones del Inventario de ansiedad se correlacionan significativamente con las alteraciones del sueño. Los puntajes de la Escala de Depresión Geriátrica se asociaron de manera única con la disfunción diurna, y los puntajes del Inventario de Ansiedad Geriátrica se asociaron de manera única con la calidad del sueño percibida, la latencia del sueño y los puntajes globales del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (17).

Otro estudio en **China** en el cual se utilizó una muestra nacional, se comparó la tasa de prevalencia de depresión y sus factores asociados entre las personas mayores que viven en la comunidad (CDEP) y los pacientes hospitalizados de edad avanzada (EMI). Los datos para este estudio se derivaron de una encuesta nacional de la Evaluación Integral de la Salud de los Ancianos. La Escala de Depresión Geriátrica se utilizó para evaluar la depresión. Los resultados indicaron que la tasa de prevalencia de depresión entre EMI fue significativamente mayor que la de CDEP (18,1% frente a 11,6%, $P < 0,001$). Se encontró que el estado de salud física es el factor más importante asociado con la depresión entre ambos grupos. Este estudio reveló una alta tasa de prevalencia de depresión entre las personas mayores chinas, especialmente para aquellos médicamente institucionalizados. Es fundamental dedicar más esfuerzos a la formación de los médicos generales para la detección temprana y la identificación de la depresión en la admisión de pacientes de edad avanzada y durante su hospitalización, y la gestión de casos de los pacientes de edad avanzada médicos hospitalizados en la evaluación y el tratamiento de la depresión puede ser beneficiosa (18).

En **Singapur**, se evaluó la prevalencia de ansiedad y depresión (separadas por la presencia de síntomas frente a los niveles clínicos) en una muestra grande y representativa de pacientes con cáncer después del diagnóstico. Durante los años 2004-2009, 10.153 pacientes consecutivos fueron evaluados de forma rutinaria con el cuestionario Psychosocial Screen for Cancer en dos importantes centros oncológicos. La edad media de los pacientes fue de 59 años y el 45% eran hombres. En todos los tipos de cáncer, el 19,0% de los pacientes mostró niveles clínicos de ansiedad y otro 22,6% tenía síntomas subclínicos. Además, el 12,9% de los pacientes informaron síntomas clínicos de depresión y un 16,5% adicional describió síntomas subclínicos. Los análisis por tipo de cáncer revelaron diferencias significativas, de modo que los pacientes con cáncer de pulmón, ginecológico o hematológico informaron los niveles más altos de angustia en el momento del diagnóstico del cáncer. Como era de esperar, las mujeres mostraron tasas más altas de ansiedad y depresión, y para algunos tipos de cáncer la prevalencia fue de dos a tres veces mayor que la observada en los hombres. En algunos tipos de cáncer, la angustia emocional estaba inversamente relacionada con la edad (19).

En **Alemania** se realizó una revisión sistemática de prevalencia de la depresión en la última etapa de la vida (75 años a más), centrándose particularmente en las tasas específicas de edad y género en los grupos de edad. Se encontró que la prevalencia de depresión mayor osciló entre el 4,6% y el 9,3% y la de los trastornos depresivos del 4,5% al 37,4%. La prevalencia combinada fue del 7,2% (IC del 95%: 4,4-10,6%) para la depresión mayor y del 17,1% (IC del 95%: 9,7-26,1%) para los trastornos depresivos. Las fuentes potenciales de alta heterogeneidad de prevalencia fueron el diseño del estudio, la estrategia de muestreo, la calidad del estudio y los diagnósticos aplicados de la depresión vital más reciente(20).

Otro estudio realizado en **Alemania**, el cual examinó las tendencias temporales en la prevalencia de la depresión, la gravedad y los correlatos relacionados con la salud en la población general. Los datos se obtuvieron del módulo de salud mental de la "Encuesta de exámenes y entrevistas de salud de Alemania para adultos" (2009-2012, n = 3265) y del suplemento de salud mental de la "Encuesta de exámenes y entrevistas de salud nacional de Alemania de 1998" (1997 -1999, n = 4176), excluyendo a los encuestados mayores de 65 años. El trastorno depresivo mayor (TDM) de 12 meses, la gravedad y los síntomas se evaluaron según la Entrevista de diagnóstico internacional compuesta de la OMS. También se examinaron la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), los días de enfermedad autoinformados o los días con limitaciones en las actividades de la vida diaria normal. Los cálculos se realizaron ponderados por población. Se realizaron análisis adicionales estandarizados por edad para tener en cuenta los cambios demográficos. Se encontró que la prevalencia del TDM a los 12 meses se mantuvo estable en un 7,4%. Las mujeres mostraron una distribución de edad modificada con una mayor prevalencia a edades más tempranas y una mayor gravedad del TDM. La discapacidad de salud mental aumentó con el tiempo, particularmente entre los hombres con TDM, reflejada por la puntuación del componente mental del SF-36 y los días con limitación de actividad debido a problemas de salud mental. Los cambios demográficos tuvieron un impacto marginal en las tendencias temporales (21).

Se realizó un estudio en **Brasil** para determinar la prevalencia de síntomas depresivos en ancianos y correlacionar la concordancia entre los métodos de cribado utilizados. Se trató de un estudio transversal de 137 adultos mayores. Los síntomas depresivos fueron evaluados por el Cuestionario de Salud del Paciente-9 y la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems, por Yesavage. La kappa de Cohen analizó el grado de acuerdo de estas escalas. La prevalencia de síntomas depresivos evaluados por el Cuestionario de Salud del Paciente-9 fue del 62,8% y, por la Escala de Depresión Geriátrica, del 52,6%. La correlación de Spearman entre los resultados de las escalas obtenidas

$\rho = 0.387$, $p < 0.000$. El coeficiente de confiabilidad Kappa fue de 0.41 y el nivel de significancia de $p < 0.001$. Los métodos de cribado mostraron una sensibilidad del 80% y una especificidad del 44%(22).

En **Canadá** se estudió la prevalencia de ansiedad y depresión (separadas por la presencia de síntomas frente a los niveles clínicos) en una muestra grande y representativa de pacientes con cáncer después del diagnóstico. Durante los años 2004-2009, 10.153 pacientes consecutivos fueron evaluados de forma rutinaria con el cuestionario Psychosocial Screen for Cancer en dos importantes centros oncológicos. Se encontró que La edad media de los pacientes fue de 59 años y el 45% eran hombres. En todos los tipos de cáncer, el 19,0% de los pacientes mostró niveles clínicos de ansiedad y otro 22,6% tenía síntomas subclínicos. Además, el 12,9% de los pacientes informaron síntomas clínicos de depresión y un 16,5% adicional describió síntomas subclínicos. Los análisis por tipo de cáncer revelaron diferencias significativas, de modo que los pacientes con cáncer de pulmón, ginecológico o hematológico informaron los niveles más altos de angustia en el momento del diagnóstico del cáncer. Como era de esperar, las mujeres mostraron tasas más altas de ansiedad y depresión, y para algunos tipos de cáncer la prevalencia fue de dos a tres veces mayor que la observada en los hombres. En algunos tipos de cáncer, la angustia emocional estaba inversamente relacionada con la edad (23).

Otro estudio en **Canadá**, el cual incluyó 2,341 participantes que completaron una escala de calificación clínica para la depresión, tuvo dos objetivos: 1) determinar la prevalencia de depresión menor y mayor y 2) examinar la importancia de varios factores de riesgo. Las prevalencias de depresión mayor y menor fueron 2.6 por ciento y 4.0 por ciento, respectivamente, y fueron más altas para las mujeres, específicamente aquellas en instituciones, aquellos que informaron que sus problemas de salud limitaban sus actividades, y aquellos con enfermedades crónicas. Las mujeres tenían más probabilidades de presentar depresión (OR = 3,5; IC del 95%: 1,4-8,8) que los hombres, y

las que tenían demencia tenían más probabilidades de presentar depresión que las que no la tenían (OR = 2,4; IC del 95%: 0,9-3,1) (24).

En **Italia** se realizó un estudio que tuvo como objetivo estimar la frecuencia de depresión y depresión subumbral que ocurren en una muestra de adultos mayores cognitivamente sanos que viven en la comunidad e investigar los correlatos sociodemográficos y clínicos de la depresión, explorando diferencias de género. Se utilizó un análisis transversal de supervivientes en un estudio poblacional que incluyó a 359 sujetos de 74 años o más (49,3% mujeres). A todos los participantes se les administró una versión modificada del Examen de Cambridge para los trastornos mentales de las personas mayores revisado. Las tasas de prevalencia de depresión y los intervalos de confianza (IC) del 95% se estimaron de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión. Se halló que la prevalencia general de depresión fue del 25,1% (IC del 95%: 20,6-29,6), sin evidencia de diferencia de género. La prevalencia de depresión leve, moderada y grave fue del 16,4% (IC del 95%: 12,6-20,2), 7,5% (IC del 95%: 4,8-10,2) y 1,1 (IC del 95%: -0,4-2,6), respectivamente. Una tasa del 5,6% de la población se quejó de síntomas depresivos por debajo del umbral. Después de los 81 años, la aparición de depresión disminuyó a medida que aumentaba la edad. La asociación entre la depresión y las medidas funcionales, como la actividad primaria, la movilidad y la discapacidad para realizar las tareas del hogar, fue más fuerte en los hombres que en las mujeres. De manera similar, las condiciones severamente discapacitantes como el accidente cerebrovascular se asociaron más fuertemente con la depresión en los hombres que en las mujeres (25).

Un estudio en **Grecia** cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de depresión en la población anciana de un área urbana e investigar la asociación con diversos factores agravantes o protectores. La muestra consistió en 239 sujetos, mayores de 60 años. Se desarrolló un cuestionario para recopilar datos demográficos y socioeconómicos básicos, incluidas tres preguntas de la "Encuesta europea de entrevistas

de salud" (EHIS), sobre la depresión autoinformada y / o diagnosticada por un médico. Además, a todos los participantes se les aplicó la versión validada de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), para evaluar a los ancianos en busca de síntomas depresivos. Los resultados de la GDS indicaron que el 45% de la población estudiada presentaba síntomas depresivos (36% moderados, 9% severos), mientras que alguna vez habían sido afectados por depresión crónica reportaron 49 (20.5%) y de ellos 34 (66.8%) declararon tener han sido diagnosticados por un médico. En detalle, de los 162 (67,8%) sujetos que informaron que nunca se habían visto afectados por una depresión, 37 (22,8%) y 8 (4,9%) dieron positivo en la detección de síntomas depresivos moderados y graves, respectivamente. En 27 personas que informaron no saber si tenían depresión, 16 revelaron síntomas depresivos utilizando el GDS. Los síntomas depresivos fueron más frecuentes en mujeres (54,6% vs 37,4%, $p = 0,027$), en no casadas, incluidas divorciadas y viudas, en comparación con casadas (55,6% vs 38,9%, $p = 0,038$) y en sujetos que vivían solos en casa (62% vs 38,1%, $p = 0,003$). Los síntomas depresivos fueron más frecuentes en ancianos con enfermedades crónicas en comparación con ancianos sin comorbilidad (50,8% vs 27,5%, $p = 0,02$) (26).

Otro estudio en **Grecia**, cuyo objetivo fue informar la prevalencia de episodios de depresión mayor del DSM-IV, así como sus tasas de identificación, en pacientes ancianos hospitalizados en un hospital general de Grecia, 200 pacientes seleccionados, de 65 años y más, hospitalizados en los servicios de Cirugía y Medicina Interna, fueron evaluados por depresión mayor durante un período de 12 meses (octubre de 2006-noviembre de 2007) mediante SCID-I / P, HADS, BDI. y GDS-15. Cuando se realizó el cribado psiquiátrico, 28 pacientes (14%) fueron diagnosticados con un episodio depresivo mayor. Durante el mismo período, solo hubo 20 llamadas de enlace de los mismos departamentos para pacientes mayores de 65 años, de las cuales 4 pacientes sufrieron depresión mayor. La comparación entre los dos períodos mostró una subestimación significativa de la depresión. Todas las escalas psicométricas detectaron suficientemente la depresión (27).

En **Pakistán** se realizó un estudio cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de la depresión y su asociación con el apoyo familiar de las personas mayores (de 60 años o más). Se llevó a cabo un estudio transversal de base poblacional en Karachi de julio a septiembre de 2008. Se realizaron entrevistas basadas en cuestionarios con individuos ($n = 953$) reclutados mediante la técnica de muestreo por conglomerados de múltiples etapas, utilizando la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems (GDS). Se encontró una prevalencia de depresión del 40,6%, con mayor preponderancia en mujeres que en hombres (50% vs 32%). Los ancianos que actualmente no viven con sus cónyuges estaban un 60% más deprimidos que los que vivían con sus cónyuges (OR ajustado = 1,6, IC del 95% = 1,3-2,1). Los ancianos que no consideraban a sus hijos como apoyo futuro tenían el doble de probabilidades de estar deprimidos que aquellos que consideraban que sus hijos eran la seguridad de la vejez (OR ajustado = 2,1, IC del 95% = 1,4-3,1). Un aumento en un hijo adulto varón mostró una disminución del 10% en la depresión después de ajustar por otras variables (OR ajustado = 0,9, IC del 95% = 0,8-0,9) (28).

Un estudio en **Sudan**, en el cual evaluaron la depresión entre 300 sudaneses ancianos (mayores de 60 años). Realizaron una encuesta de hogares transversal en 3 localidades del estado de Jartum. Se realizó un muestreo estratificado en 2 etapas para seleccionar las localidades y luego las áreas mediante un muestreo aleatorio simple; luego se utilizó un muestreo aleatorio sistemático para seleccionar hogares. La prevalencia de depresión fue del 47,5%. La depresión se asoció significativamente con la edad ($P = 0,002$), el nivel de educación ($P = 0,015$), la ocupación ($P < 0,001$), los problemas de la vida diaria ($P = 0,026$) y los problemas sociales ($P < 0,001$). Después de controlar los factores de confusión mediante regresión logística múltiple, encontraron que la depresión era 4 veces mayor entre los ancianos jubilados en comparación con los ancianos que trabajaban (29).

2. 2 BASES TEÓRICAS

El proceso de madurez y envejecimiento trae consigo cambios que incluso pueden ser drásticos y tienen injerencia directa sobre toda la economía corporal. El sistema nervioso se verá afectado con una menor capacidad de regeneración del sistema nervioso debido a una pérdida de la capacidad sináptica. Sabemos que las células nerviosas adyacentes a las dañadas cumplen un papel de compensación (hipertrofia y aumento del árbol dendrítico) pero en el adulto mayor esto se hace de manera insuficiente. Sabemos que estos cambios en el adulto mayor son a nivel biológico, físico y psicosocial. Estos cambios les confieren características propias que los identifica como grupo y las primeras modificaciones se observan en la esfera social y familiar, el mayor aislamiento social coincidente con la pérdida del estatus social. La parte biológica es fundamental pues a través de ella entenderemos qué situaciones condicionan los fenómenos degenerativos y, si se dan concomitantemente los otros factores mencionados, tendremos que en un grupo de adultos mayores aparecerá un trastorno depresivo. Los factores patogénicos y etiológicos son los mismos que condicionan otros trastornos del ánimo, llámese psicosociales, genéticos y neuroquímicos, pero cobran especial importancia en este grupo etario los factores físicos, sociales y psicológicos. Los factores psicosociales son casi siempre acontecimientos vitales ineludibles como el duelo, la pérdida de estatus social, la jubilación, las consecuencias de los trastornos físicos, incluso el rechazo familiar o el cuidado de otros familiares. Igualmente, se sabe que existen precipitantes físicos que, aunados a los factores mencionados, básicamente enfermedades directamente relacionadas (por alteración en los ejes hipotálamo hipófisis, o las alteraciones en la regulación de la dopamina y serotonina) como las demencias de Alzheimer y Parkinson, los 17 accidentes cerebrovasculares, las infecciones agudas, el infarto de miocardio, entre otras. Todos estos aspectos y definiciones se amplían a continuación.

2.2.1 DEPRESIÓN

La depresión fue formulada por primera vez en el 460-370 a.C. por Hipócrates durante la época grecorromana con el nombre de melancolía. Dicho concepto que maneja Hipócrates no es muy específico, puesto que lo que él abarca de forma más amplia, casi nosológicamente son las enfermedades mentales (30). La melancolía se caracteriza según Hipócrates como “por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia”, lo que quiere manifestar Hipócrates como sintomatología específica no es más que la “somática”. No obstante, en actualidad algunos médicos proponen que el miedo, así como la tristeza, sea o no de carácter depresivo, que se prolonguen por demasiado tiempo, pueden transformarse en melancolía (30). La depresión ha estado presente durante la historia de la humanidad, pero durante las últimas décadas ha ido experimentando un gran incremento en las poblaciones. En la actualidad el impacto que tiene esta enfermedad mental en la sociedad es tal que algunos autores no han descartado señalar a que esta época como la era de la depresión. La depresión es utilizada en tres sentidos como: síntoma, síndrome y enfermedad (31). La depresión es un trastorno o conjunto de manifestaciones que afectan de forma principal a la esfera afectiva en otras palabras afecta el estado de ánimo, manifestados por: la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad y además de 18 presentar alteraciones del humor que puede hacer decaer el rendimiento en el trabajo o limitar las actividades habituales, las cuales pueden ser independientes al origen sea conocido o desconocido. Este trastorno se puede expresarse a través de enfermedades de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. El individuo que presenta depresión puede no experimentar tristeza, sino pérdida de interés y dificultad para disfrutar las actividades recreativas habituales, así como presentar poca motivación con respecto a su vida y sentir más lento el transcurso del tiempo. La depresión puede tener importantes resultados negativos sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio.

2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA

La depresión forma parte de las enfermedades del estado de ánimo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos la depresión tiende a iniciar durante una edad media la cual sería a los 32 años afectando así a un 6.7% de los adultos(32). Dos tercios de las personas que tiene este padecimiento no se percatan que sufren de ella y que puede recibir un tratamiento (32). Según las estadísticas entre los pacientes que padecen enfermedades generales, la prevalencia de depresión oscila entre un 10 y 20% respectivamente y entre pacientes psíquicos la cifra se incrementa hasta un 50%. El 10% de estos pacientes asisten a las consultas psiquiátricas especializadas, de los cuales el 90% restante son tratados por médicos generales o especialistas que no son psiquiatras o no reciben tratamiento alguno. La interpretación incompleta de este trastorno se puede deber a que la mitad de estos se muestran de forma oculta o enmascarada. Estos equivalentes depresivos encubren el verdadero rostro de la enfermedad, que se manifiesta como un trastorno somático, lo hace a veces difícil el diagnóstico diferencial (31). Se estima que la frecuencia de la depresión en la población general es de 5%, cifra ligeramente superior si incluimos los todos subcasos. La prevalencia sobre la vida se sitúa alrededor de 17% de la población(31).

2.2.3 ETIOPATOGENIA

El análisis sobre los estudios en gemelos sugiere a factores de carácter genético, ya que la igualdad entre los monocigóticos es del 65% frente a la de los dicigóticos que sólo consiguen el 14% (33). El peligro de morbilidad en parientes de pacientes bipolares son los siguientes: Padres (12,1%), hermanos (21,2%) e hijos (24,6%). También presentan un riesgo elevado los familiares de enfermos unipolares que son de forma semejante en cuanto a padres (22%) y hermanos (18,6 %). Los estudios de adopción son congruentes con el origen genético, sobre todo en personas bipolares, aunque sin eliminar las posibles

consecuencias ambientales, los cuales se asocian más bien con la edad de inicio y la gravedad del cuadro, pero no se relacionan con la emergencia del desorden afectivo

2.2.4 TEORÍAS FISIOPATOLÓGICAS

Bioquímica Cerebral. Cambios en las monoaminas cerebrales. La teoría de las catecolaminas explica que durante la depresión existe una carencia absoluta o relativa de norepinefrina. Se sugiere después que un déficit de serotonina sería una precondition básica en el origen de la depresión. Neuroendocrinos. Anomalías en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal. Existe un incremento en el agente que libera la corticotrofina (CRF) en plasma y líquido cefalorraquídeo en las personas que padecen depresión.

2.2.5 FACTORES DE ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN

Dentro del libro de Vallejo Ruiloba, se presentan 3 causas distintas involucradas con la depresión los cuales son: biológicos, sociodemográficos y psicosociales, además de describir cada uno de ellos.

Factores biológicos:

Genéticos. Marcadores biológicos. Todavía se encuentra un periodo de estudio. La reducción de la presencia de MHPG urinario y 5- HIAA en líquido cefalorraquídeo tras la mejora clínica, indica el riesgo de sufrir recaídas. Síndrome premenstrual. Mujeres con trastornos afectivos con historial de síntomas depresivos premenstruales. Las irregularidades morfológicas en general y particularmente cerebrales pronostican una deficiente respuesta a la psicoterapia, además de recomendar tratamientos biológicos (31).

Factores sociodemográficos:

Sexo. Frecuentemente en las mujeres con trastornos afectivos no bipolares. La consumación del suicidio es habitual en los varones. La menopausia no aparenta aumentar el riesgo de contraer depresión. Edad. Se inician más rápido los trastornos bipolares que los no bipolares. Estado civil. La ruptura y divorcio están unidos a la

sintomatología depresiva. Otras variables. Los datos acerca de la educación y nivel socioeconómico son incoherentes. Existe un vínculo opuesto entre clase social y trastornos no bipolares. La depresión se encuentra en todas las culturas y sociedades. La religión no un factor de riesgo determinante, entre los católicos y judíos el indicativo de suicidio es bajo. La relación entre el trabajo-depresión es curvilínea, donde la mayor incidencia de suicidios se da en los cargos más altos y más bajos de la escala (31).

Factores psicosociales:

Pérdidas parentales. Varios estudios relatan que las mujeres, con pobre relación interpersonal, falta de trabajo y presencia de tres o más hijos menores de 14 años en el hogar, podrían ser factores de riesgo que en presencia de desencadenantes originarían depresión. Sin embargo, esta interrogante aún se encuentra en debate. Soporte social. La insuficiente relación interpersonal, generalmente con la pareja, constituye un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico para generar depresión. Acontecimientos de vida. Diversos estudios han constatado que existe un incremento de eventos significativos acontecidos meses antes de comenzar con los cuadros depresivos.

No obstante, se ha enfatizado la correlación que establece con otras causas como: Herencia, personalidad, contexto familiar, relación interpersonal, estilo de vida, pérdidas parentales, lo que causaría un modelo multifactorial (polifactorial). Se detalla otros factores, arraigados durante la infancia: abusos sexuales infantiles, abusos físicos, deficiente sensación de su rol en la familia y estilo educacional, además de existir una elevada sobreprotección y/o escaso cariño paterno en las depresiones neuróticas (31).

2.2.6 DIAGNÓSTICO

Existen de dos fuentes aprobadas que contienen criterios instaurados que determinan la presencia de un episodio depresivo, los cuales son el

Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) de la Asociación Psiquiátrica Americana, y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10), de la Organización Mundial de la Salud (34). La depresión según el DSM IV está incorporada dentro de diversas clasificaciones a considerar. De acuerdo con su etiología, podemos encontrar a la depresión primaria y secundaria. Según su evolución, se dividía en un trastorno depresivo menor y mayor. Y de acuerdo con su intensidad se clasifica en leve, moderada y severa. En la actualidad el DSM V ha modificado la clasificación y se han incorporado nuevos diagnósticos. Dentro de los desórdenes primarios encontramos al Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno depresivo persistente (Distimias), Trastorno Disfórico Premenstrual, Otro Trastorno Depresivo Especificado, y Otro Trastorno Depresivo no Especificado. Así mismo también se agregaron enumerados como: Si existe ansiedad, si hay características mixtas, características melancólicas, características psicóticas, con catatonía y también durante el inicio del peripato y con patrón estacional, detallando la remisión y la especificación de gravedad actual. (24) Diversos autores concuerdan que el trastorno depresivo menor es conocido como distimia, el cual está caracterizado por tener un curso crónico, presenta deceso en el estado de ánimo durante la mayor parte del día y aproximadamente se encuentra presente en todos los días al menos durante 2 años, esta distingue de la depresión mayor debido al patrón de desarrollo, la distimia no muestra intervalos libres de síntomas o denotan recuperaciones significativas, esta permanece por lo menos durante 2 años y su sintomatología puede ser leve o moderada, además de no existir variaciones en los vínculos familiares, sociales y laborales del sujeto. De forma opuesta el trastorno depresivo mayor, está caracterizada por episodios agudos, en este desorden los síntomas perduran por lo menos durante dos semanas, estas originan un malestar significativo que perturba la vida familiar, social y laboral, además que afectan también en otras actividades importantes para el paciente. Si se repite podríamos referirnos a una Depresión Mayor Recurrente,

encontrando un punto intermedio libre de síntomas, durante dos meses entre uno y otro.

En relación con la severidad de los episodios depresivos, se validan diversas escalas clinimétricas, con el fin de encontrar sintomatologías depresivas como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale) o GDS, en la cual se clasifica la magnitud del episodio depresivo en leve, moderado y severo (35). Según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) cataloga a la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). El código F32 incluye el episodio depresivo y el F33 al trastorno depresivo recurrente. El episodio depresivo permanecerá al menos durante dos semanas, esta deberá de presentar como mínimo dos de los tres síntomas característicos de la depresión, como el estado de ánimo depresivo, la falta de interés y de la capacidad de sentir satisfacción, así como el incremento de la fatiga. (27)

2.2.7 ENVEJECIMIENTO

En la especie humana existen diferentes tipos de envejecimiento, entre los cuales se distinguen el individual y el demográfico o poblacional. El envejecimiento individual es un proceso habitual irreversible que experimenta cada individuo a lo largo de su vida, así mismo envejecimiento poblacional es el incremento en el número de adultos mayores el cual está relacionado al conjunto de habitantes que pertenece. Este dimorfismo en las definiciones hace que el estudio acerca del envejecimiento se deba hacer en 2 planos distintos los cuales son: El social, con implicaciones y dimensiones del micro y macro mundo y finalmente el individual.

2.2.8 CONCEPTOS SOBRE ENVEJECIMIENTO

Gerontología: (gerontos, los más viejos; logia, estudio), disciplina que estudia lo que ocurre durante el proceso de envejecimiento y de los aspectos de la vejez en la población. El fenómeno del envejecimiento se estima tanto en términos absolutos como relativos y se debe principalmente a tres causales: disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, descenso de la tasa de natalidad, que afecta en mayor medida a algunos países en generalmente los que están en vías de desarrollo. En biología: Son un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas inevitables e irreversibles que se producen en un organismo como consecuencia del paso del tiempo, generando un deceso gradual de las capacidades físicas y mentales aumentando en el riesgo de enfermedad y muerte. En psicología: El envejecimiento surge cuando la capacidad físico– psicológica sobrepasa el momento más crítico y comienza a decaer de forma paulatina. Este declive se encuentra presente en cada ser vivo de formas distintas, por lo que sólo se podrá manifestar particularidades acerca del envejecimiento en sí. El significado fisiológico: Solo se basa en las estructuras orgánicas y sus relaciones, subrayando el momento en donde empieza a mermar las capacidades funcionales en los diversos sistemas. Criterio Cronológico, años de edad; vinculados a la pensión o jubilación obligatoria. Criterio Físico: Se considerarán los cambios físicos que ejercen en la persona, como los cambios en la postura, cambios en la marcha, facciones, color de pelo, piel, capacidad visual y auditiva, además del deterioro en la capacidad para almacenar la memoria, afectando en sus tres tipos: memoria a corto plazo, mediano y largo plazo de forma directa, así como la alteración del sueño, etc. Las cuales están relacionadas estrictamente con las actividades cotidianas o habituales.

Criterio Social: Depende del rol o papel que ejerce dentro de la sociedad. El envejecimiento se puede definir como el resultado de todos los cambios que ocurren por acción del tiempo sobre los seres humanos, después que alcanzan la madurez en la talla, forma y función, los cuales se presentan en miembros de una misma especie.(21)

2.2.9 NEUROBIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

La maduración cerebral completa se adquiere durante la segunda y tercera época de vida. A partir de la cuarta las variaciones neuropatológicas del envejecimiento comienzan a ser perceptibles.(31) El envejecimiento se argumenta mediante las siguientes divisiones: a) Según la teoría orgánica, maneja la hipótesis de que el envejecimiento se debe a una pérdida orgánica, además esta teoría recalca que esta condición se debe a una disminución en las funciones secundarias tras la modificación del sistema inmunológico o del neuroendocrino; b) La teoría fisiológica, sugiere que al almacenar desechos a niveles perjudiciales en el cuerpo estos dañan las proteínas vitales o el ADN, finalmente la c) la teoría genómica, manifiesta que el envejecimiento es el resultado de la acumulación de fallas genéticas, mutaciones o muerte celular sistematizada. En la actualidad, el envejecimiento del sistema nervio central (SNC) y la neurodegeneración se encuentran ligadas con la disminución en los mecanismos de restauración molecular así como al incremento de los procesos neurotóxicos. (31) El envejecimiento en la actualidad asume que existe alteración a nivel molecular por el cual el ser humano aeróbico se mantiene mediante la neurodegeneración que induce al estrés oxidativo. Este daño oxidativo que se obtiene con el envejecimiento puede manifestarse como una hipersensibilidad a los efectos de los radicales libres, la cual produce un deceso en la acción de detoxificación o variación en la función restauradora del daño ocasionado por los radicales libres. Según la hipótesis glucocorticoide, manifestó que la edad genera una elevada fragilidad a los corticoides, los cuales elaboran mecanismos fisiológicos que podrían originar enfermedades. Estos mecanismos fisiológicos detallados (el estrés oxidativo y el estudio glucocorticoides) proponen mecanismos de neurotoxicidad durante el envejecimiento los cuales podrían ser la causa o consecuencia del mismo. El estudio del neuroenvejecimiento es un trabajo complicado porque consiste en averiguar el punto de partida por el cual los cambios que se encuentran son normales o comienzan a ser patológicos.(31)

2.2.10 ALTERACIONES ESTRUCTURALES SNC

Cambios macroscópicos

La masa cerebral se mide mediante técnicas de neuroimágenes, donde se evidencia disminución en un 0,4% en ambos géneros, por año, a partir de los 60 años. La atrofia a nivel temporal, frontal y parasagital está presente en el peso total cerebral, dicha alteración es frecuente en personas adultas mayores. El cuerpo ganglionar basal y el hipotálamo se reducen generalmente en un 20% con la edad. Si se realiza una autopsia en pacientes ancianos podríamos evidenciar una disminución entre el 11 y el 27% de la materia blanca. (31)

Cambios celulares

La atrofia cerebral puede ser el efecto de la pérdida de las neuronas, de la masa neuronal y de las fibras o sinapsis. Así mismo existe un decaimiento en el número de las dendritas y de la densidad sináptica según la edad. Se detalla el deceso en el número y el volumen de las neuronas hipocámpicas con el paso del tiempo, específicamente en la en la capa CA1. (31)

2.2.11 ALTERACIONES DEL SISTEMA DE NEUROTRANSMISIÓN

Sistema colinérgico

Los receptores colinérgicos cambian de volumen durante la edad y los receptores muscarínicos se reducen entre un 10 y 30% en el córtex cerebral, el hipocampo y 28 el estriado, mientras que existe un incremento en el tálamo. Los receptores nicotínicos se disminuyen en el estriado, mientras en el tálamo se extienden, finalmente encontramos a los receptores nicotínicos los cuales se reducen en el hipocampo y el tálamo. (31)

Sistema noradrenérgico

Se ha evidenciado que la pérdida gradual de las neuronas noradrenérgicas comienza alrededor de los 30-40 años, los cuales van progresando con el paso de los años. (4) Sistema serotoninérgico En los adultos mayores, la densidad de los receptores serotoninérgicos se encuentra reducida en un 20-50% en el 5-HT1 y el 70% en los 5-HT2.

Pese a que los estudios disponibles se encuentran limitados, se propone que el sistema serotoninérgico presenta daño progresivo en la elaboración de serotonina y en los receptores.

Sistema dopaminérgico

En el envejecimiento existe pérdida gradual de las neuronas en la sustancia negra. El volumen de los receptores D2 en el núcleo caudado se deterioran en 1% por año a partir de los 18 años. Así mismo la densidad de los receptores D1 se reducen a un 6,9% por año en el caudado y un 7,4% en el putamen. Este deterioro en las actividades dopaminérgicas se encuentran ligadas a la pérdida en la función motora, causada por el paso de la edad.(31)

2.2.12 DEFINICIÓN ADULTO MAYOR

Durante la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento llevada a cabo en el año 1982 en la ciudad de Viena, se propuso que el inicio del envejecimiento se da a partir de los 60 años y en el año 1984 la Organización mundial de la salud 29 decreto internacionalmente la palabra “Adulto Mayor” para referirse a las personas mayores de 60 años a más.

2.2.13 CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Determinar la salud de los octogenarios, no solo se encuentran relacionados con las deficiencias, sino con la conservación de las capacidades funcionales. Por ello es importante clasificarlo en tres tipos:

- Persona adulta mayor autónoma: Es aquella persona que tiene 60 años a más que es capaz de ejecutar actividades fundamentales de la vida diaria, como el manejo en su autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia urinaria y fecal) y el manejo de actividades instrumentales (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). El 65% de la población adulta mayor se encuentra dentro de esta clasificación.

- Persona adulta mayor frágil: Persona adulta mayor que tiene algún tipo de deterioro en el estado fisiológico y en los factores sociales, los cuales incrementan la susceptibilidad de presentar discapacidad, comorbilidad y mortalidad. El 30% de la población longeva que habita en la comunidad presentan esta condición.
- Persona adulta mayor dependiente o postrada: Persona que tiene una pérdida fundamental en el estado fisiológico, asociada a una limitación o ausencia física o funcional que impide el cumplimiento en las actividades cotidianas, esta condición se encuentra presente entre el 3% al 5% de la población adulta mayor. (17)

2.2.14 SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PERÚ

En el Perú, al igual que en otros países de América Latina, la situación de prevalencia del adulto mayor se incrementará durante el inicio del siglo XXI el cual está relacionado con el proceso paulatino del envejecimiento. Durante el año 2010, la Subregión Andina tenía aproximadamente 14 millones adultos mayores, si estas cifras continúan aumentando durante los próximos 5 años, la subregión alcanzaría 20 millones de personas adultas durante los próximos años. (36)

Se estima que para el 2012 la población peruana ascendería aproximadamente a 30 millones de ciudadanos, de los cuales el 9,2% de la población estaría conformada por octogenarios, los cuales equivalen 2 millones 711,772 habitantes, siendo 1 millón 266,930 varones y 1 millón 444,842 mujeres. La velocidad con el que este grupo poblacional crece es doble en relación con la proporción del crecimiento de la población general. El índice de crecimiento en la población de 60 años a más es de 3.5% entre el año 1993-2007 y se estima que para el año 2025, la población de ancianos alcanzaría alrededor de los 4 millones y medio de habitantes, finalmente se manifestó que para el año 2050 los adultos mayores alcanzarían una cifra de 9 millones de habitantes. (36)

La brecha entra la esperanza de vida al nacer entre los hombres y mujeres en la década de los 50 era de 2 a 3 años respectivamente. Durante el periodo 2010- 2015 proyecta que la esperanza de vida es de 69.9 años en los varones y de 75.3 años para las mujeres, esto indica que la brecha ha incrementado a más de 5 años. De igual manera si se analiza la tendencia de vida que tienen los adultos mayores después de su jubilación, se estimaría que la cantidad de años aumenta después de jubilarse. En Perú y en mundo, se ha estado iniciando un fenómeno conocido como la feminización del envejecimiento, esto que quiere decir que existe más años de vida con respecto a los varones, Si comparamos el periodo 1975-1980 con la proyección del periodo 2010-2015, se aprecia que las mujeres adultas mayores han pasado de 14 a 18 años en la esperanza de vida después de la edad de jubilación, mientras que los varones pasaron de 13 a 16 años. (36)

Según las cifras oficiales obtenidos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, podemos observar que los departamentos con gran cantidad de octogenarios son: Lima (32.19%), La libertad (6.17%), Piura (5.94%), Puno (5.24%) y Cajamarca (5.2). Además de que la proporción de habitantes adultos mayores en Lima metropolitana es de 92% (36)

2.2.15 DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

Las personas que llegan a la senectud sufren como principal alteración psiquiátrica la depresión, ya que se encuentran transcurriendo procesos de adaptación ante a esta nueva situación presente, como deficiencias en las funciones y capacidades, los cuales pueden originar un envejecimiento deficiente o sano. La depresión en el adulto mayor es un padecimiento crónico o recurrete que origina grandes consecuencias negativas por sus elevada prevalencia como también por los efectos nocivos en la salud. Esta enfermedad es la causa principal de angustia en el adulto mayor y su familia, además presenta cambios notables en su calidad de vida. Se cree que la depresión es considerada normal durante la vejez, el cual es un fundamento erróneo, es por ello que no se reconoce como tal y se estigma este padecimiento en los octogenarios,

los cuales son pasados por alto y no son considerados objeto de sufrimiento, el tiene y deber de ser atendido y diagnosticado, recuperado, y inesperado para el adulto mayor y su familia. Es frecuente que los adultos mayores oculten su padecimiento, por que coinciden con otros problemas de salud o somatizaciones, los cuales podrían ser evaluados durante la consulta, no expresan su desesperanza, tristeza, ansiedad o angustia solo describen las dolencias físicas y orgánicas mas no los problemas en su estado anímico. Además, el estigma que tienen las personas al acudir a centros psiquiátricos hace que no puedan hablar acerca de la falta de interés en las actividades que antes eran placenteras, o de sus penas, pérdida de un ser querido y problemas crónicos de salud haciendo más difícil su evaluación y posible recuperación.

2.2.16 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

La depresión es menos predominante en los adultos mayores con relación a otros grupos etarios, pero su impacto es mayor por la avanzada edad que presenta. Las 32 investigaciones que usan métodos para ver la prevalencia de la depresión mayor en ancianos hallador prevalencias entre el 1 y el 3 %. Mientras que los estudios que emplean instrumentos exclusivos en geriatría descubrieron prevalencias del 11 al 16%.

Al revisar diversas publicaciones para medir la prevalencia de depresión en los adultos mayores en la comunidad, se encontró que la prevalencia del trastorno depresivo mayor oscila entre el 1 al 6%, la distimia entre el 3 al 20%.Estos estudios en la comunidad establecen, que existe una prevalencia media del 105% de sufrir depresión en adultos mayores que habitan la comunidad, sin embargo algunos resultados muestran cierta variación según el lugar donde viven, se llega a la conclusión de que estos pacientes adulto mayores con alteraciones afectivas presentarían porcentajes muy elevados.

Diversos autores encontraron que la prevalencia de depresión en octogenarios internados en residencias, tienen factores que fomentan la aparición de sintomatología depresiva. La cual incluye sentimientos de abandono, aislamiento sociofamiliar cotidiano, cambios importantes en el estilo de vida, adaptación a nuevas normas que generan sensación de minusvalía y pérdida de la libertad. Los cuales presentan una prevalencia alta de sufrir depresión. Varios estudios hallaron que la prevalencia está situada en un 14% y otras en los que llegan al 70%, debido a la variabilidad de los centros, finalmente la media de los datos obtenidos llega a adquirir intervalos entre el 15 al 35%.

De igual manera se realizaron múltiples investigaciones acerca de la prevalencia depresiva en personas de la tercera edad hospitalizadas. Algunos estudios encuentran que la prevalencia de sufrir eventos depresivos mayores está entre el 10 y 21% y los eventos depresivos menores entre 14 – 25%.

Otros estudios han manifestado que la depresión recorta la esperanza de vida en 6,5 años cuando está presente en pacientes jóvenes y en 2,2 años en pacientes adultos mayores. La depresión incrementa el riesgo de mortalidad en los ancianos con factores de riesgo, los cuales varían entre 1.5 y 2.5 por ciento. La depresión está asociada a diversas comorbilidades, estas enfermedades crónicas son factores de riesgo para sufrir depresión (OR: 1.53). En varias publicaciones se evidencia que los pacientes con depresión tienen mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y cognitivas, las cuales pueden iniciar periodos prodrómicos de demencia.

2.2.17 CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

Síntomas afectivos: Al adulto mayor se hace complicado reconocer la presencia e importancia de sus malestares anímicos pues considera más relevante sus problemas físicos que mentales. El síntoma psíquico más común en el paciente que sufre depresión es el desánimo o tristeza, anhedonia, predisposición al llanto, sensación de vacío, irritabilidad, sentimientos de minusvalía, desesperanza, sensación de soledad, etc.

Al detectar disminución del estado anímico en los adultos mayores, los cuales están presentes durante semanas o meses previos, este deterioro es fundamental más que la presencia o ausencia del mismo malestar, porque estaría deteriorando el estado de ánimo con el paso del tiempo, con respecto a que síntomas recientes.

Síntomas cognitivos: Estos pacientes en su mayoría exteriorizan baja autoestima, pesimismo, autocrítica y autorreproche y disminución cognitiva. Los pacientes depresivos distorsionan y conceptualizan de irracional sobre uno mismo y su entorno. La sensación relativa de enlentecimiento cognitivo (confusión e indecisión), además se presentaría en determinados pacientes manifestaciones cognitivas como son la falta de atención, concentración y memoria, los cuales serán observados neuropsicológicamente. **Síntomas somáticos:** Dentro de los síntomas tenemos a la pérdida de apetito y peso, sensación de fatiga, astenia, alteraciones del sueño, estreñimiento, pérdida del libido, dolor, inquietud, etc. La frecuencia y gravedad de las manifestaciones somáticas se exacerban con la gravedad de la depresión.

Síntomas conductuales: Entre los síntomas relevantes tenemos a la pérdida de motivación, el deseo de aislarse socialmente y la presencia de impulsos suicidas (ligados frecuentemente percepción de vacío y soledad). También encontramos la apariencia disminuida y envejecida, el deterioro de la actividad psicomotora (retardo y/o agitación), y otras conductas que permiten determinar la presencia de depresión. (31)

Al examinar el aspecto del adulto mayor de forma externa se observa un rostro triste, desencajado, postura desplomada, deficiente cuidado personal, delgadez, discusiones y llantos frecuentes. A veces se encuentran asiduamente pacientes ancianos deprimidos hostiles, desconfiados y que no colaboran o hacen difícil la entrevista. Incluso se observa retraso psicomotor, el cual origina movimientos lentos, en los gestos y en la marcha llegando hasta generar letargo apesadumbrado, el cual genera retrasos en la respuesta. Además, manifestaciones de la conducta ya antes mencionadas, el anciano deprimido presenta

negatividad, rechazo a la comida y aparición de actitudes agresivas contra él o su familia.

2.2.18 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

Los factores son componentes de índole biológico, psicológico y social que determina el entorno cercano del adulto mayor, y su presencia podría originar respuestas en el comportamiento del paciente, por medio de la interrelación de las fuerzas biológicas y psicológicas internas y las influencias sociales y culturales externas. En las diversas investigaciones se han examinado varios factores de riesgo agregados a la depresión en octogenarios (OR: 1 - 3.3). Entre ellos se encuentran el duelo con OR 3.3, presencia de insomnio con OR 2.6, historial anterior de depresión con OR 2.3, si tiene discapacidad con OR 2.5 y el género femenino OR de 1.4. No son factores de riesgo la edad, el nivel educativo y el no estar casados.

Así mismo el tener modificaciones en la salud, el hecho de vivir solo y presentar condiciones médicas, pueden ser factores inexactos para el diagnóstico de la depresión. (6)

Factores biológicos: El organismo con el paso del tiempo soporta diferentes modificaciones en la anatomía y fisiología general, existe también incapacidad o pérdida de los órganos sensoriales y múltiples cambios en los sistemas, los cuales originan enfermedades crónicas o degenerativas en los adultos mayores.

Factores psicológicos: Dentro de los factores psicológicos se encuentran alteraciones de la memoria y del desarrollo intelectual y los cambios en el estado de ánimo como los sentimientos de soledad o vacío, sentimientos de inutilidad, deterioro de la memoria, pobre autoestima, sentimientos de impotencia, entre otros. Es de esperarse que la depresión sea el desorden mental más frecuente en los ancianos por la frecuencia y las distintas pérdidas afectivas (familiares, amigos, etc.) que

se producen durante la vejez. Además, surgen trastornos y discapacidades físicas los cuales son frecuentes en la ancianidad, lo que genera consecuencias desfavorables, la pérdida de las mismas merma la posibilidad de autonomía funcional la cual acrecienta la dependencia y al mismo tiempo fomenta el aislamiento social.

Factores sociales: Se encuentran dentro de ellos la pérdida del cónyuge o familiares cercanos, sentimiento de soledad por ausencia de la pareja o familiares así como también del trabajo, cese de las actividades laborales y las dificultades económicas, sentimientos de ser poco útiles para la sociedad, falta de satisfacción social, presencia de problemas en los vínculos sociales como las humillaciones o discriminaciones, la pérdida de la memoria y de otras funciones intelectuales (demencia), distanciamiento de los hijos o de los familiares cercanos, temor a la pérdida (discusiones y enfermedades en los con los hijos o familiares), violencia familiar, autoestima deficiente en los adultos mayores, impotencia sexual y la pérdida del libido. (4)

2.2.19 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS), es un instrumento ampliamente utilizado y su función es tamizar la depresión en los adultos mayores, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español, ya que no sobrevalora como otras escalas los síntomas somáticos o neurovegetativos que presenta los pacientes geriátricos. Fue creada en el año de 1982 por Brink y Yesavage. Esta escala se ha probado en personas adultas mayores sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve ha moderado; en distintos ambientes como el comunitario, hospitalario y las residencias geriátricas. (35)

La primera versión fue desarrollada en el año 1982 y consta de 30 ítems. Posteriormente en el año 1986 desarrollaron la versión abreviada, de 15 ítems, la cual la cual mantiene la efectividad de su predecesora, mejorando la facilidad en su aplicación. Estas escalas están

conformadas por cuestionarios de respuestas dicotómicas de sí/no. Su aplicación toma alrededor de 5-7 minutos, donde se solicita a la persona evaluada que conteste con un sí o no las preguntas con respecto a como se ha sentido durante la última semana. (35)

Interpretación

A cada ítem se le otorga 1 punto por cada respuesta que indica si hay presencia de síntomas depresivos (Si o No en negritas) es decir, mayor sea las respuestas afirmativas existe mayor presencia de síntomas indicativos de depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Y si por el contrario las respuestas negativas son mayores indican normalidad. El puntaje final corresponde a la suma de todos los ítems. Para la versión abreviada de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte: Normal de 0 a 5 puntos, Depresión Leve de 6 a 9 puntos y Depresión Establecida con más de 10 puntos. (35)

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

Depresión: También definido a nivel clínico como trastorno depresivo es un conjunto de manifestaciones caracterizadas principalmente por la tristeza patológica y la anhedonia, pudiendo acompañarse de una gran variedad de síntomas y signos que provocan un deterioro funcional en quien lo padece.

Envejecimiento: Proceso biológico irreversible constituido por una serie de cambios funcionales y estructurales con el consiguiente deterioro de las mismas, en grado variable.

Adulto Mayor: Persona mayor de 60 años, independiente de la presencia de comorbilidades o factores psicosociales concomitantes.

Factor de riesgo psicosocial: Son aquellos riesgos que pueden afectar al individuo y cuyo origen está en el entorno social, familiar o laboral. Pueden modificarse dadas ciertas circunstancias.

Factor de riesgo biológico: Circunstancias físicas propias de cada individuo, visibles o no, que afectan directamente a su condición de salud. Pueden llegar a modificarse bajo ciertas condiciones.

Comorbilidad: Presencia de uno o más trastornos en una persona, adicional(es) a la enfermedad de base o primaria. Algunas comorbilidades son consecuencia directa de la enfermedad de fondo.

2.4 HIPÓTESIS

Hipótesis principal:

- H0: La depresión en pacientes mayores de 60 años no es mayor del 50%.
- Ha: La depresión en pacientes mayores de 60 años es mayor del 50%.

Hipótesis secundaria:

- H0: Los siguientes factores: disminución de la libido, las disfunciones sensoriales, enfermedades crónico-degenerativas y antecedentes familiares, sentimientos de soledad, sentimientos de minusvalía, autoestima baja y pérdida de la memoria, dificultades económicas, discriminación, violencia familiar, alejamiento de los hijos, institucionalización y hospitalización, no se asocian a la depresión en pacientes mayores de 60 años.
- Ha: H0: Los siguientes factores: disminución de la libido, las disfunciones sensoriales, enfermedades crónico-degenerativas y antecedentes familiares, sentimientos de soledad, sentimientos de minusvalía, autoestima baja y pérdida de la memoria, dificultades económicas, discriminación, violencia familiar, alejamiento de los hijos, institucionalización y hospitalización, si se asocian a la depresión en pacientes mayores de 60 años.

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación es de carácter cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal que evaluará la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Hipólito Unánue.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará un estudio transversal para determinar la prevalencia de la depresión en paciente mayores de 60 años atendidos en consultorios externos de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue. Para ello se realizará una entrevista en la cual se explicará el estudio, se solicitará la firma del consentimiento informado y posteriormente se aplicará una encuesta con datos demográficos y preguntas sobre las variables en estudio, posteriormente se aplicará la Escala geriátrica Yesavage.

Esta investigación es tipo cuantitativo porque busca medir y cuantificar los datos obtenidos mediante el análisis estadístico, es descriptivo porque tiene como objetivo medir la prevalencia de casos de depresión, además es de tipo transversal porque obtendrá datos en un único punto temporal sobre la variable de estudio.

Es un estudio retrospectivo porque los datos se recogen mediante entrevistas de los hechos sucedidos.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

Población de Estudio:

La población está constituida por pacientes adultos mayores de 60 años atendidos por consultorio externo en el Hospital Nacional Hipólito Unánue.

Marco Muestral:

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia y se reclutarán a todos los pacientes que cumplan los criterios de selección durante el periodo del estudio, por lo cual no se ha considerado un cálculo de tamaño muestral mínimo ya que se considera a toda la población atendida para dicho periodo. A pesar de que no se establece un tamaño muestral, se espera reclutar un total de 120 pacientes para el presente estudio.

Unidad de análisis:

Paciente hombre o mujer de más de 60 años atendido en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue en el periodo comprendido entre enero 2019 -abril 2019.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de sexo masculino o femenino de 60 años o más.
- Adecuada capacidad de comprensión y orientación.
- Pacientes sin problemas auditivos (hipoacusia o sordera) ni visuales (disminución severa de agudeza visual o ceguera).
- Pacientes que hablen el idioma español.
- Pacientes que deseen participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado correspondiente.

Criterios de Exclusión:

- Personas adultas mayores que por su estado de salud física o mental no puedan responder a las preguntas.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que hablen otro idioma.

3.4 VARIABLE DE ESTUDIO

3.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores sociales:

- Dificultades económicas
- Discriminación
- Violencia familiar
- Alejamiento de los hijos
- Institucionalización
- Hospitalización

Factores Biológicos:

- Disminución de la libido
- Disfunciones sensoriales
- Enfermedades crónico-degenerativas
- Antecedentes familiares de depresión

Factores psicológicos:

- Sentimientos de soledad
- Sentimientos de minusvalía
- Autoestima baja
- Pérdida de la memoria

3.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Depresión

3.4.3 INTERVINIENTES

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Estado civil.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre	Definición Conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	Escala de medición	Técnica e Instrumento de medición
Depresión	Estado psíquico caracterizado por iniciativa baja, desánimo y pensamientos negativos de auto desprecio; alteración del humor o la afectividad.	Puntaje de escala geriátrica Yesavage	Normal (0-5 puntos) Leve (6-9 puntos) Establecida (Mayor de 10 puntos)	Ordinal Categorica	Aplicación de Escala geriátrica Yesavage mediante entrevista
Edad	Años cumplidos a partir de su fecha de nacimiento	Años de vida cumplidos según DNI	Número de años	Razón Discreta	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Sexo	Sexo biológico al nacimiento	Sexo al nacimiento según DNI	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Grado de instrucción	Nivel de estudios alcanzado en una institución estatal o privada	Grado de instrucción informado por el participante	Iltrado Primaria Secundaria Superior	Ordinal Categorica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil informado y corroborado en el DNI	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Nominal Politómica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Disminución de la libido	Disminución del impulso sexual	Disminución de la libido manifestado por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Disfunciones sensoriales	Disfunción, visual, auditiva, gustativa u olfatoria	Disfunción sensorial manifestado por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Enfermedades crónico-degenerativas	Enfermedad crónica o degenerativa diagnosticada por un medico	Enfermedad reportada por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Antecedentes familiares	Antecedentes familiares de depresión	Antecedentes familiares de depresión referidos por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Sentimientos de soledad	Sentimientos de incomprensión, tristeza e inseguridad	Sentimientos de soledad referidos por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Sentimientos de minusvalía	Sentimientos de deficiencia o discapacidad, que le limita o impide el desempeño normal	Sentimientos de minusvalía referidos por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Autoestima baja	Autopercepción como persona no valiosa o juicio negativo respecto a ellas mismas	Autoestima baja referida por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Pérdida de la memoria	Incapacidad para recordar eventos recientes o pasados durante un período de tiempo	Perdida de la memoria referida por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Dificultades económicas	Recursos económicos escasos para satisfacer necesidades de la	Dificultad económica referida por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista

	persona				
Discriminación	Sentimiento de trato diferente y perjudicial por motivos de edad, raza, sexo, ideas políticas, religión, etc.	Sentimiento de discriminación referida por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Violencia familiar	Violencia física o psicológica recibida por parte de familiares	Violencia familiar referida por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Alejamiento de los hijos	Separación física o pérdida de comunicación e interacción con hijos los hijos	Alejamiento de los hijos referida por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Institucionalización	Personas que viven en las residencias para adultos mayores o centros geriátricos	Institucionalización referida por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista
Hospitalización	Internamiento hospitalario por alguna enfermedad específica	Hospitalización referida por el paciente	Si/No	Nominal Dicotomica	Aplicación de ficha de recolección de datos a través de entrevista

3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tipo de muestreo:

Se realizará un muestreo por conveniencia, para lo cual se abordará a todos los pacientes atendidos en los consultorios externos del Hospital, en el horario de atención, brindándoles información acerca de la finalidad y objetivos del presente estudio, los cuales podrán decidir sobre su participación en la investigación, firmando por último el consentimiento informado.

Técnica de recolección de datos:

La técnica empleada para la recolección de los datos será una entrevista cerrada y como instrumento un cuestionario y la escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage.

Ficha de Recolección de datos:

El cuestionario fue elaborado para contener 3 partes, como primera parte tenemos a la presentación, donde se menciona al autor, título de la investigación y la importancia de la participación, y finalmente el agradecimiento. La segunda corresponde a los datos generales que comprenden: La edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y lugar de la

entrevista, y como parte tercera se consideran las preguntas con respuestas derivadas de las variables.

La ficha de recolección de datos contiene 30 preguntas en total, de las cuales 5 son datos generales sociodemográficos, las siguientes 10 están orientadas a identificar los factores sociales, luego se encuentran 6 preguntas acerca de los factores biológicos y como último están 8 preguntas relacionadas con los factores psicológicos. (Ver anexo 1).

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage:

El segundo instrumento utilizamos la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage, el cual se encuentra validado, adaptado y se usa fundamentalmente para identificar la depresión en el adulto mayor, está constituido por 15 preguntas con respuestas dicotómicas (Si/No), permitiendo identificar depresión en los adultos mayores y a qué nivel se encuentran, normal (0-5), leve (6-9) y establecida (≥ 10).

3.7 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se elabora una matriz en el programa Excel, luego se procede a registrar los datos recolectados a dicha matriz. Para realizar el análisis descriptivo de los datos, estos serán exportados al software estadístico SPSS.

El análisis descriptivo de los datos se realizará en función del tipo de variable. Para los datos numéricos, se usarán la media y su desviación estándar o la mediana y su rango intercuartílico; y para los datos categóricos se emplearán los porcentajes. Las comparaciones de variables numéricas entre los grupos se analizaron mediante la prueba t-Student o U de Mann-Whitney según su tipo de distribución, mientras que las variables categóricas se analizaron mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para salvaguardar el derecho de los participantes del estudio, este se realizará teniendo en cuenta los principios éticos que sean coherentes con la Declaración de Helsinki, las buenas prácticas clínicas y las reglamentaciones y pautas que rigen la práctica médica y la ética en

nuestro país. Antes de realizar el estudio se obtendrá la aprobación ética del estudio, así como del consentimiento informado correspondiente.

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 RECURSOS

4.1 RECURSOS

4.1.1 RECURSOS HUMANOS

- Investigador: Dr. Carlos Eiji cámara Yoshimoto

4.1.2 RECURSOS MATERIALES

- Computadora e impresora
- Útiles de escritorio y papel bond A4
- Materiales para almacenamiento de información: USB, archivadores y cds
- Fichas de recolección de datos
- Software estadístico: SPSS 20

4.1.2 SERVICIOS

- Copias de los cuestionarios y escalas
- Transporte

4.2 CRONOGRAMA DEL PROYECTO

		2018				2019							
		S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A
1	Formulación del Proyecto de Investigación	X	X										
2	Aprobación del Proyecto y del Consentimiento Informado			X	X								
3	Recolección de datos: Aplicación de instrumentos de recojo de información					X	X	X	X				
4	Procesamiento de datos y análisis estadístico								X	X			
5	Análisis de resultados										X		
6	Redacción del Informe final											X	
7	Presentación del Informe final y publicación												X

4.2.1 PLAN DE ACCIONES

- _ Solicitud al Departamento de Investigación dirigido a la directora y al Jefe de consulta externa y de hospitalización para la autorización del estudio.
- _ Ejecución del estudio mediante los instrumentos.
- _ Presentación de la tesis a la Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma para su aprobación.

4.3 PRESUPUESTO O COSTO DEL PROYECTO

	Cantidad	Costo Unitario	Subtotal
recursos humanos			
Investigador (Dr. Carlos Eiji Cámara Yoshimoto)	1	Sin costo	0
Asesor	1	Sin costo	0
Materiales			
Materiales de escritorio	varios	S/. 120.0	S/. 120.0
Papelería	varios	S/. 60.0	S/. 60.0
USB	1	s/. 30.0	s/. 30.0
CDs	5	s/. 2.0	s/. 10.0
Equipos y SOFTWARE			
Computadora	1	S/. 2500.0	S/. 2500.0
Impresora	1	S/. 800.0	S/. 800.0
Software SPSS 20 (1 licencia)	1	S/. 1100.0	S/. 1100.0
gastos Servicios y otros			
Costos de impresión y fotocopias	varios	S/. 120	S/. 120.0
Transporte	varios	S/. 300	S/. 300.0
Gastos no previstos	varios	S/. 200	S/. 200.0
TOTAL			S/. 5240.00

4.4 CONTROL Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

El control del proyecto será realizado por el mismo autor y será evaluado por el comité respectivo de Post grado de la Universidad Ricardo Palma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mental health of older adults [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
2. Guerra M, Ferri CP, Sosa AL, Salas A, Gaona C, Gonzales V, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* diciembre de 2009;195(6):510-5.
3. Ruelas F, Yemira K. Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2011 [citado 29 de octubre de 2018]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1035>
4. Pettit S, Qureshi A, Lee W, Stirzaker A, Gibson A, Henley W, et al. Variation in referral and access to new psychological therapy services by age: an empirical quantitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* julio de 2017;67(660):e453-9.
5. Unützer J, Patrick DL, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. *JAMA.* 28 de mayo de 1997;277(20):1618-23.
6. Torres L, Paulina M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [citado 29 de octubre de 2018]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4159>
7. Palomino Mauricio RK. Factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores, Curgos 2018. 2019.

8. Orosco C. Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*. 19 de enero de 2015;(018):91-104.
9. Goldzweig G, Baidar L, Rottenberg Y, Andritsch E, Jacobs JM. Is age a risk factor for depression among the oldest old with cancer? *J Geriatr Oncol*. 2018;9(5):476-81.
10. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev Salud Pública*. 2015;1-1.
11. Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(1):21-8.
12. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Med Fam SEMERGEN*. 1 de octubre de 2013;39(7):354-60.
13. Velasco RVM, Contreras CRG, Alemán AJ, Rodríguez MC, Córdova ESP, Suarez AGG, et al. Depresión en el adulto mayor y factores relacionados. En [citado 29 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/depresion/depresion-en-el-adulto-mayor-y-factores-relacionados/>
14. Incidencia de la depresión del adulto mayor en salas de medicina interna. | UVS Fajardo [Internet]. [citado 29 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.uvsfajardo.sld.cu/incidencia-de-la-depresion-del-adulto-mayor-en-salas-de-medicina-interna>
15. Pilonia M, Yadav V, Bairwa M, Behera P, Gupta SD, Khurana H, et al. Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 27 de junio de 2018;19(1):832.

16. Sjöberg L, Karlsson B, Atti A-R, Skoog I, Fratiglioni L, Wang H-X. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *J Affect Disord.* 15 de 2017;221:123-31.
17. Yu J, Rawtaer I, Fam J, Jiang M-J, Feng L, Kua EH, et al. Sleep correlates of depression and anxiety in an elderly Asian population. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc.* mayo de 2016;16(3):191-5.
18. Li N, Chen G, Zeng P, Pang J, Gong H, Han Y, et al. Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Res.* 30 de septiembre de 2016;243:87-91.
19. Subramaniam M, Abdin E, Sambasivam R, Vaingankar JA, Picco L, Pang S, et al. Prevalence of Depression among Older Adults-Results from the Well-being of the Singapore Elderly Study. *Ann Acad Med Singapore.* abril de 2016;45(4):123-33.
20. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* febrero de 2012;136(3):212-21.
21. Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F, Thom J, Hapke U, Kurth T, et al. Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997-1999 vs. 2009-2012. *BMC Psychiatry.* 20 de 2018;18(1):394.
22. Matias AGC, Fonsêca M de A, Gomes M de L de F, Matos MAA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein Sao Paulo Braz.* marzo de 2016;14(1):6-11.
23. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord.* 10 de diciembre de 2012;141(2-3):343-51.

24. Østbye T, Kristjansson B, Hill G, Newman SC, Brouwer RN, McDowell I. Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: The Canadian Study of Health and Aging. *Chronic Dis Can.* 2005;26(4):93-9.
25. Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E, Menchetti M, De Ronchi D, et al. Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry.* abril de 2014;22(4):370-80.
26. Argyropoulos K, Gourzis P, Jelastopulu E. [Prevalence of depression among the elderly]. *Psychiatr Psychiatr.* marzo de 2012;23(1):39-45.
27. Michopoulos I, Douzenis A, Gournellis R, Christodoulou C, Kalkavoura C, Michalopoulou PG, et al. Major depression in elderly medical inpatients in Greece, prevalence and identification. *Aging Clin Exp Res.* abril de 2010;22(2):148-51.
28. Bhamani MA, Karim MS, Khan MM. Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. *BMC Psychiatry.* 3 de julio de 2013;13:181.
29. Assil SM, Zeidan ZA. Prevalence of depression and associated factors among elderly sudanese: a household survey in Khartoum State. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* mayo de 2013;19(5):435-40.
30. JOSE CARLOS MILLAN CALENTI. PRINCIPIOS DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA [Internet]. 1ª ed.,. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.; [citado 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.agapea.com/libros/Principios-de-geriatria-y-gerontologia-9788448145392-i.htm>
31. Julio Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría - 8th Edition [Internet]. 8th Edition. [citado 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/introduccion-a-la-psicopatologia-y-la-psiquiatria/vallejo-ruiloba/978-84-458-2584-6>

32. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). NIMH Strategic Plan for Research (NIH Publication No. 02-2650). [Internet]. 2018 [citado 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
33. González Ramírez AE, Díaz Martínez A, Díaz-Anzaldúa A. La epigenética y los estudios en gemelos en el campo de la psiquiatría. *Salud Ment.* junio de 2008;31(3):229-37.
34. DSM-5. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 de American Psychiatric Association | Editorial Médica Panamericana [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-guia-de-consulta-de-los-criterios-diagnosticos-del-dsm-5>
35. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003
36. Velásquez AJ, Julca JAR, Cajo ÁTH, Ríos EME. Plan Nacional de Personas Adultas Mayores PLANPAM 2013-2017. 2013.

ANEXOS

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE POST GRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Presentación:

Sra. o Sr., buenos días, mi nombre es Carlos Eiji Cámara Yoshimoto, soy Médico Residente del tercer año de Psiquiatría de la Universidad Ricardo Palma, actualmente estoy realizando un estudio de investigación en coordinación con el Hospital Nacional Hipólito Unánue, con la finalidad de obtener información sobre el nivel de depresión del adulto mayor y sus factores de riesgo asociados, para lo cual le realizaré una serie de preguntas, solicitando su colaboración a través de su respuesta. La información y todo dato brindado serán de carácter anónimo, por lo que se le solicita responder de la manera más real posible.

Instrucciones

Lea cuidadosamente y responda las siguientes preguntas

I. DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos:

1. Edad:

2. Sexo: Masculino () Femenino ()

3. Grado de instrucción:

- Iltrado ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

4. Estado civil:

- Soltero ()
- Casado ()
- Viudo ()
- Divorciado ()
- Conviviente ()

5. Lugar y/o condición de la entrevista

- Consulta externa ()

- Hospitalización ()
- Institucionalización ()

II. CUESTIONARIO

1. ¿Ha sufrido la pérdida de un ser querido en el último año?
 - a) Si
 - b) No
2. Si la respuesta es Sí. ¿Cuán frecuentemente se siente triste por este suceso?
 - Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
3. ¿Durante el último año cuántas veces se ha sentido triste porque el dinero no le alcanza para comprar lo que Ud. necesita?
 - Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
4. ¿Cuenta con un trabajo estable?
 - a) Si
 - b) No
5. Si la respuesta fue negativa. ¿El no contar con un trabajo le hace sentir triste?
 - Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
6. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por ser adulto mayor?
 - Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
7. ¿Lo han hecho sentir triste por ello?
 - Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
8. ¿Vive distanciado de sus hijos o algún familiar o ser querido para Ud.?
 - a) Sí
 - b) No
9. Si la respuesta fue afirmativa ¿Eso le hace sentir triste?
 - Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
10. ¿Alguna vez le han hecho sentir mal con insultos o burlas?
 - Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
11. ¿Alguna vez lo han tratado mal con golpes, jalones de brazo o empujones?

- Nunca o muy pocas veces ()
- Algunas veces ()
- Frecuentemente ()
- La mayoría del tiempo ()

12. ¿Ha tenido ganas de llorar cuando lo maltrataron?

- Nunca o muy pocas veces ()
- Algunas veces ()
- Frecuentemente ()
- La mayoría del tiempo ()

13. ¿Presenta alguna dificultad física para realizar sus actividades?

a) Sí b) No

14. ¿La dificultad que presenta le genera tristeza?

- Nunca o muy pocas veces ()
- Algunas veces ()
- Frecuentemente ()
- La mayoría del tiempo ()

15. ¿Siente que ha disminuido su interés por su actividad sexual?

- Nunca o muy pocas veces ()
- Algunas veces ()
- Frecuentemente ()
- La mayoría del tiempo ()

16. ¿Se siente mal por ello?

- Nunca o muy pocas veces ()
- Algunas veces ()
- Frecuentemente ()
- La mayoría del tiempo ()

17. 21. ¿Actualmente presenta alguna enfermedad crónica grave y eso le hace sentir triste?

- Nunca o muy pocas veces ()
- Algunas veces ()
- Frecuentemente ()
- La mayoría del tiempo ()

18. ¿Sabe si alguno de sus familiares ha sufrido de depresión?

a) Sí b) No

19. 23. ¿El no poder recordar algunas cosas le hacen sentir mal?

- Nunca o muy pocas veces ()
- Algunas veces ()
- Frecuentemente ()
- La mayoría del tiempo ()

20. 24. ¿Actualmente tiene sentimientos de soledad?

- Nunca o muy pocas veces ()
- Algunas veces ()
- Frecuentemente ()
- La mayoría del tiempo ()

21. 25. ¿Esos sentimientos de soledad lo llevan a aislarse de sus familiares?

- Nunca o muy pocas veces ()
- Algunas veces ()

- Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
22. 26. ¿Se siente triste por ello?
- Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
23. ¿Actualmente se siente menos o inferior a los demás?
- Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
24. ¿Se siente triste por ello?
- Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
25. ¿Actualmente siente que no puede hacer las cosas por sí mismo y que siempre necesita ayuda?
- Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()
26. ¿Se siente triste por ello?
- Nunca o muy pocas veces ()
 - Algunas veces ()
 - Frecuentemente ()
 - La mayoría del tiempo ()

ANEXO 2

ESCALA ABREVIADA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Instrucciones:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

PREGUNTAS	Respuestas	
	SI	NO
¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?		
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?		
¿Siente que su vida está vacía?		
¿Se siente aburrido frecuentemente?		
¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?		
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?		
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
¿Se siente con frecuencia desamparado?		
¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?		
¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?		
¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?		
¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?		
¿Se siente lleno de energía?		
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?		
¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?		

Puntuación:

Se asignará un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valorará como sigue:

- 0-5: Normal
- 6-9: Depresión leve
- 10 a más: Depresión severa

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado con DNI, he sido informado(a) que se realizará un trabajo de investigación titulado

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE”, en el cual responderé algunas preguntas.

Libremente acepto participar en este estudio, para lo cual me han explicado la metodología, los alcances y los beneficios de este.

Entendiendo que mi participación es voluntaria y que puedo rehusarme a la participación de este estudio y retirarme voluntariamente en cualquier momento, sin que esto me genere ningún tipo de consecuencias.

Los datos obtenidos en la entrevista y los instrumentos aplicados serán manejados con privacidad y confidencialidad.

Firma

Huella Digital

MATRIZ DE CONSISTENCIA: PREVALENCIA DE LA DEPRESION Y FACTORES PSICOBIOSOCIALES ASOCIADOS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANÚE - ENERO 2019 A ABRIL 2019				
OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO	METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la prevalencia de depresión y los factores asociados en pacientes mayores de 60 años atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unánue en el periodo de enero 2021 - abril 2021 de depresión según la edad en adultos mayores de 60 años. Determinar si los factores biológicos: disminución de la libido, disfunciones sensoriales, enfermedades crónico-degenerativas y antecedentes familiares, están asociados a la depresión en adultos mayores de 60 años. Determinar si los factores psicológicos: sentimientos de soledad, sentimientos de autoestima baja y pérdida de la memoria, están asociados a la depresión en adultos mayores de 60 años Determinar si los factores sociales: dificultades económicas, discriminación, violencia familiar, alejamiento de los hijos, 	<p>H0: La depresión en pacientes mayores de 60 años no es mayor del 50%.</p> <p>Ha: La depresión en pacientes mayores de 60 años es mayor del 50%.</p>	<p>Variable dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Depresión <p>Variable independiente:</p> <p>Factores sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificultades económicas Discriminación Violencia familiar Alejamiento de los hijos Institucionalización Hospitalización <p>Factores Biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la libido Disfunciones sensoriales Enfermedades crónico-degenerativas Antecedentes familiares de depresión <p>Factores psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sentimientos de soledad Sentimientos de minusvalía Autoestima baja Pérdida de la memoria 	<p>estudio de investigación es de carácter cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal que evaluará la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Hipólito Unánue.</p> <p>Para ello se realizará una entrevista en la cual se explicará el estudio, se solicitará la firma del consentimiento informado y posteriormente se aplicará una encuesta con datos demográficos y preguntas sobre las variables en estudio, posteriormente se aplicará la Escala geriátrica Yesavage.</p>	<p>estudio de investigación es de carácter cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal que evaluará la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Hipólito Unánue.</p>

Prevalencia de la depresión y factores psicobiosociales asociados en pacientes adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Enero 2019 a Abril 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	clea.edu.mx Fuente de Internet	3%
2	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
5	www.pdcorynthia.sld.cu Fuente de Internet	1%
6	repository.urosario.edu.co Fuente de Internet	1%
7	es.slideshare.net Fuente de Internet	1%

tesis.ucsm.edu.pe



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Carlos Eiji Camara Yoshimoto
Título del ejercicio:	Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega:	Prevalencia de la depresión y factores psicobiosociales asoci...
Nombre del archivo:	CAMARA_YOSHIMOTO.docx
Tamaño del archivo:	162.08K
Total páginas:	62
Total de palabras:	17,112
Total de caracteres:	94,206
Fecha de entrega:	08-nov.-2022 02:10p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	1948438044



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

"Prevalencia de la depresión y factores psicobiosociales asociados en
pacientes adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital
Nacional Hipólito Unanue - Enero 2019 a Abril 2019"

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Camara Yoshimoto, Carlos Eiji
(ORCID: 0000-0002-2505-9266)

ASESOR

Aguilar Rivera, William
(ORCID: 0000-0002-3920-6941)

Lima, Perú

2022