

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA
POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PERÚ,
SEGÚN LA ENDES 2019**

PRESENTADO POR LA BACHILLER
CARMEN JEROMA VALDERRAMA ESCALANTE

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL PARA
OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH.D., MSC, MD

DIRECTOR DE TESIS

ASESOR

RUBÉN ESPINOZA ROJAS, PROFESOR

LIMA, PERÚ 2021

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor de tesis, el Prof. Rubén Espinoza Rojas, quien me guio en el transcurso de la elaboración de la presente tesis.

Al Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, director del curso de titulación por tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, por apoyarme en la sustentación de la tesis.

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me apoyaron y cuidaron a lo largo de mi vida.

RESUMEN

Introducción: La “Organización Mundial de La Salud” (OMS) calcula que los adultos mayores se están incrementando aceleradamente en todo el mundo. Y de este grupo etario, la depresión es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes. **Objetivos:** Determinar los factores asociados a la depresión mayor en los adultos mayores del Perú, según los datos obtenidos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (ENDES) 2019. **Métodos:** Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. La población de estudio fue todos los adultos mayores en Perú durante el año 2019. Para evaluar la asociación entre variables, se utilizó, para el análisis de resultados, la razón de prevalencia con su respectivo intervalo de confianza. **Resultados:** De la muestra de 1934 adultos mayores de 60 años a más, de lo cual el 58.1% fueron mujeres y el 41.9% varones. El 45.9% presentaron depresión mayor. Se identificó como factores asociados a depresión mayor, el sexo femenino con una razón de prevalencia de 1.29 (IC95%:1.12-1.49), grado de instrucción hasta secundaria el 1.13 (IC95%: 1.06-1.20) y tener pareja el 0.88 (IC95%: 0.83-0.93). Siendo no significativo el ser jefe de familia (RPa 0.93, IC95%: 0.87-1.00). **Conclusiones:** Los factores asociados a depresión mayor de forma significativa en los adultos mayores de 60 años a más son: sexo femenino, nivel educativo hasta secundaria y tener pareja, siendo factor de riesgo de depresión mayor el sexo femenino y nivel educativo hasta secundaria, y como factor protector, el tener pareja.

Palabras clave: adulto mayor, depresión, Perú.

ABSTRACT

Introduction: The "World Health Organization" (WHO) estimates the elderly population are increasing rapidly throughout the world. In this age group, depression is one of the most common neuropsychiatric disorder. **Objectives:** To determine the factors associated with major depression in the elderly in Peru, according to data obtained from the "Demographic and Family Health Survey" (ENDES 2019). **Methods:** This is a quantitative, observational, retrospective transversal and analytical study. The study population was all older adults in Peru during 2019. To evaluate the association between variables, the prevalence ratio with its respective confidence interval was used for the analysis of results. **Results:** Of the 1934 adults older than 60 years sample, of which 58.1% were women and 41.9% were men. 45.9% of the adults older than 60 surveyed had depression. The female sex was identified as factors associated with depression with a prevalence ratio of 1,29 (CI95%: 1,12-1,49), education to high school level 1,13 (CI95%: 1,06-1,20), having a partner 0.88 (CI95%: 0.83-0.93). Being head of family was not significantly (RPa 0.93, CI95%: 087-1.00). **Conclusions:** The factors that were associated with depression in the elderly population in Peru are female sex, education to high school level and having a partner. Risk factors were female sex, education to high school level and as a protective factor, having a partner.

Keywords: Aged, depression, Peru.

INDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	13
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.6.1 General	15
1.6.2 Específicos	15
1.7 VIABILIDAD.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.2 BASES TEÓRICAS	22
2.3 DEFINICIONES Y CONCEPTOS OPERACIONALES	27
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	29
3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.2 VARIABLES DEL ESTUDIO.....	29
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	31
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	31
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	31
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Ver ANEXO 09).....	33
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	33
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS	33
4.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE DATOS	34

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
5.1 RESULTADOS	36
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
6.1 CONCLUSIONES.....	47
6.2 RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS.....	53
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	53
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	54
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMÁN GUERRERO” DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA.....	56
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	57
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	58
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	59
ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA	60
ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	64
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ÚNICAMENTE PARA MEDIR LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR, LAS DEMÁS FICHAS SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB DEL INEI.....	66

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: RESULTADO UNIVARIADO DE LOS FACTORES EVALUADOS EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS A MÁS EN EL PERÚ DURANTE EL AÑO 2019.....	37
TABLA 2. FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ DURANTE EL AÑO 2019.	39
TABLA 3. ANÁLISIS BIVARIADO CON RP CRUDO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ DURANTE EL AÑO 2019.	40
TABLA 4. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ DURANTE EL AÑO 2019.	41

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO MAYOR DE 60 A MÁS AÑOS EN EL PERÚ DURANTE EL AÑO 2019.	36
---	----

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso bio-psico-social: biológico, ya que ocurren cambios en los diferentes sistemas del organismo; psicológico, porque ocurren cambios a nivel cognitivo, de la afectividad y personalidad, y a nivel social, ya que se modifican sus roles dentro de la sociedad. El proceso del envejecimiento se debe desarrollar activamente, no solo a nivel físico y mental, sino también social para que así incremente su calidad y esperanza de vida. (1)

El “Organismo Mundial de La Salud” (OMS) y la “Comisión Económica para América Latina y el Caribe” (CEPAL) calculan que los adultos mayores se están incrementando aceleradamente en todo el mundo. De igual forma, en el Perú el crecimiento de la población adulta mayor tuvo un crecimiento del 7% para el año 2020, según el “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (INEI). Así mismo, actualmente la población de 60 años a más representa el 12.7% de la población total peruana y el 39.1% de los hogares a nivel nacional en el Perú tienen al menos un integrante de la tercera edad entre sus miembros. Esto refleja un éxito para la salud pública del país, sin embargo, al mismo tiempo se convierte en un reto, ya que se debe brindar y mantener la calidad de vida. (2)

Así mismo, el 70 a 80 % de enfermedades geriátricas se relaciona a factores psicológicos, siendo uno de los más frecuentes la depresión, caracterizada por pérdida del disfrute en actividades que anteriormente lo eran, tristeza persistente, alteración del sueño, apetito y disminución de la concentración, siendo esto una causa de discapacidad a nivel mundial. (3,4)

La depresión mayor también está asociada a la presencia de comorbilidades o eventos negativos en la salud, siendo un gatillo para desencadenarla. La OMS reporta que adultos mayores de 55 años con depresión tienen cuatro veces más probabilidades de fallecer de aquellos que no la presentan. (5)

La depresión mayor es una enfermedad que puede ser diagnosticada, tratada, curada y/o aliviada, sin embargo se encuentra subdiagnosticada, no solo a nivel nacional, sino también a nivel mundial, menos del 10% recibe tratamiento

a pesar de ser diagnosticada (5), siendo una de las principales razones la desinformación y el estigma social que ello representa.

Dado la significancia del problema es necesario promover la salud mental en la población adulta mayor y brindar soporte social para mejorar su calidad de vida, para ello es importante conocer su prevalencia en nuestra población, así como los factores asociados a ella.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La “Organización Mundial de La Salud” (OMS) calcula que los adultos mayores se están incrementando aceleradamente en todo el mundo. Estiman que entre el 2015 y el 2050 el porcentaje de adultos mayores en el mundo se elevará de un 11% a 22%. Anticipando un incremento de 900 millones a 2 000 millones de personas adultas mayores de 60 años a más. Más del 20% de los adultos mayores de 60 años a más de edad sufren trastornos mentales o del sistema nervioso y de esta población, un 6.6 % sufren de alguna discapacidad, presentándose dentro de las alteraciones neuropsiquiátricas más frecuentes en la tercera edad la demencia y la depresión. (1)

La “Comisión Económica para América Latina y el Caribe” (CEPAL) considera que en América Latina la población adulta mayor de 60 años a más, actualmente compuesta por 76 millones, alcanzará la cifra de 147 millones en el 2037 y 264 millón de personas para el 2075. (6)

En el contexto de América Latina, el Perú tiene una población de 32 millones 625 mil 948 habitantes, de lo cual 16 millones 190 mil 895 corresponde a población masculina y 16 millones 435 mil 53 a población femenina, con una relación de 100 mujeres por cada 99 hombres. Entre el 2015 al 2020 la población menor de 15 años representaba el 24.9%, entre 15 a 59 años el 66.1% y de 60 años a más el 9.0%. Haciendo una comparación de esta última cifra con el año 1950 donde la población adulta mayor era el 5.7% y actualmente la población de 60 años a más es de 4 millones 140 000 personas, representando el 12,7 % de la población total. Según el “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (INEI), en el Perú la población adulta está envejeciendo de manera lenta e inexorable, por lo que el grupo de personas mayores de 60 años a más se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. Así mismo, para el cuarto trimestre del 2020, el 39.1% de los hogares a nivel nacional tenían entre sus miembros al menos un individuo de la tercera

edad. A pesar de que el incremento de la población de tercera edad supone un éxito en salud pública, a su vez representa el reto de mantener la calidad de vida, enfatizando la capacidad funcional de los adultos mayores y su participación en la sociedad. (2,7)

La depresión mayor es uno de los trastornos mentales que se caracteriza principalmente por humor depresivo, pérdida del disfrute e interés de los aspectos positivos de la vida acompañados de fatiga o cansancio, lo cual disminuye la calidad de vida, generando problemas en el entorno familiar, laboral y social de los individuos afectados. (8)

Aunque la edad en sí no constituye una disposición para la depresión mayor, muchos estudios informan que la prevalencia de los síntomas depresivos aumenta con la edad y se han informado cifras de prevalencia de hasta el 35%. Sin embargo, hay otros estudios que no revelan diferencias con respecto a la incidencia y la prevalencia de la depresión mayor entre personas jóvenes y mayores. (8)

Los estudios muestran que solo una pequeña proporción de los ancianos deprimidos son identificados o tratados. Es posible que los pacientes ancianos no reconozcan que sus síntomas constituyen una enfermedad emocional en lugar de una enfermedad física o creen que poco se puede hacer para ayudar. Así mismo, la OMS y diversos autores concuerdan que considerar la depresión como normal o inevitable en el proceso del envejeciendo lleva a que los adultos mayores con depresión no sean tomados en serio y la presencia de esta enfermedad sea infravalorada, a su vez esto se relaciona a la presentación atípica en el adulto mayor. Las dificultades diagnósticas a menudo surgen de la ausencia de un estado de ánimo abiertamente bajo en pacientes ancianos deprimidos, cuyos síntomas de presentación tienen más probabilidades de alterar el sueño, el apetito, la agitación y las múltiples quejas somáticas. También es probable que la depresión pase desapercibida en presencia de una enfermedad física y es mucho menos probable que los síntomas psicológicos den como resultado un diagnóstico correcto de depresión si se detectan al final de la consulta. (9,13)

Basado en lo mencionado, es necesario estudiar la depresión mayor en población geriátrica, específicamente en la población con patología asociada.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la depresión mayor en la población adulta mayor en el Perú, según los datos obtenidos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (ENDES) 2019?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Según el Proceso de identificación de las prioridades a nivel nacional de investigación en salud para el periodo 2019 -2023, la presente investigación se encuentra delimitada en líneas de investigación en Salud Mental, lo cual está categorizado como Alta Prioridad para mejorar la salud, en concordancia con la realidad nacional y el marco político, técnico y normativo vigente.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La atención institucional, la discapacidad en las actividades de la vida diaria (AVD), un historial de depresión mayor, un deterioro de la salud y un contexto social inadecuado se han descrito como factores de riesgo para la depresión en la vejez. La depresión mayor entre las personas mayores también suele asociarse con otras enfermedades que afectan el cerebro, como los accidentes cerebrovasculares y demencia; deficiencia de folato y/o vitamina B12 tienen más probabilidades de desarrollar depresión. Ésta conlleva en la vejez un peor pronóstico en términos de persistencia y recurrencia, mayor mortalidad, mayor riesgo de suicidio y se asocia con una disminución tanto del bienestar y funcionamiento diario; también puede conducir a altos costos sociales y de salud. (8)

Nuestro país no es ajeno a la problemática en temas de salud mental, es por eso que en el 2012, se promulgó la Ley N.º 29889, “Ley que modifica el artículo 11 de la ley N.º 26842, Ley General de Salud, la cual garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental y, posteriormente, emitió su reglamento que tiene por objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención, planteando poner en evidencia los casos de depresión en población geriátrica. (14)

Con los resultados de esta investigación, se pretende brindar información actualizada y útil para el personal médico sobre el contexto nacional y de esta manera fomentar iniciativas para la innovación de estrategias preventivo-promocionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida a los pacientes geriátricos e intentar reducir costos operativos posteriores implicados en el tratamiento y reinserción en la sociedad oportuna de esos pacientes.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- En la delimitación espacial, el territorio peruano es donde se desarrolló la encuesta “ENDES 2019” realizada por el “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (*INEI*).
- En la delimitación temporal, la encuesta “ENDES 2019” se realizó en los meses de enero a diciembre del año 2019.
- En la delimitación social, se incluyeron los adultos mayores de 60 años a más que participaron en la encuesta “ENDES 2019”.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 General

Determinar los factores asociados a la depresión mayor en la población adulta mayor en el Perú, según los datos obtenidos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (ENDES) 2019.

1.6.2 Específicos

- Determinar si el sexo está relacionado con la presencia de depresión mayor en los adultos mayores.
- Determinar si el nivel de instrucción está relacionado con la presencia de depresión mayor en el adulto mayor.
- Determinar si el contar con una pareja o la ausencia de la misma está relacionado con la presencia de depresión mayor en el adulto mayor.
- Determinar si ser jefe de familia o no está relacionado con la presencia de depresión mayor en el adulto mayor.

1.7 VIABILIDAD

El presente estudio fue viable, ya que se accedió a la base de datos secundaria de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019. Además, se contó para ello con expertos en estadística, recursos técnicos y económicos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

Hongyan Lin, et al. "Gender-specific prevalence and influencing factors of depression in elderly in rural China: A cross-sectional study", China, 2021. Este estudio incluyó a 4933 adultos mayores de 60 a 90 años. Para obtener la incidencia de depresión, aplicaron la escala de auto calificación de depresión-versión china. Obtuvieron una incidencia de 12.2%, lo cual fue menor a: 22.7% reportado en 2012 en China, presentando 9.5% en varones y 14.5% en mujeres. La mayor prevalencia fue en el sexo femenino lo cual asociaron a ausencia de actividades sociales, falta de ejercicio, duración de sueño mayor a 10 horas, padecer más de 2 enfermedades crónicas, menor ingreso mensual y no vivir solas. Reportaron que haber recibido educación entre 6 a 9 años disminuía el riesgo de depresión moderada. Los factores asociados a la depresión en varones fueron el desempleo, falta de actividades sociales e inactividad física. (3)

Yun-Shu Zhang, et al. "Prevalence and socio-demographic correlates of major depressive disorder in older adults in Hebei province, China" China, 2019. Realizaron el estudio en 3911 adultos mayores de 65 años en áreas agrícolas. Dividieron la prevalencia de depresión en dos tiempos: durante el último mes y a lo largo de la vida, hallando 2.0% (95% IC: 1.6-2.4%) y 3.4% (95% IC: 2.8-4.0%) respectivamente. Los autores consideran que la incidencia menor hallada, a diferencia de otros estudios realizados en china, se debió a que no incluyeron a aquellos a quienes fue difícil realizar la entrevista por edad muy avanzada o bajo nivel educativo que no les permitía comprender las preguntas. Concluyeron: mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino con (OR 2.6, 95% IC:1.53-4.53), presencia de comorbilidad (OR 4.8,95% IC2.17-10.39) y antecedente familiar de desórdenes psiquiátricos (OR3.4,95% IC: 1.30-8.96). (15)

Wang Fei, et al. "Prevalence of major depressive disorder in older adults in China: A systematic review and meta-analysis", China, 2018. Este meta-análisis, acorde a las recomendaciones de MOOSE, incluyó 28 estudios entre los años 1992 a 2017. Obtuvieron una prevalencia de 2.7% (95% IC:2.1-3.4%) menor comparada a Europa (3.1%, 95% IC:2.2-3.8%) y Corea (5.4%, 95% IC:3.7-7.0%) y, de los 7 estudios que reportaron depresión a lo largo de la vida, fue de 2.8% (95% IC:1.8-4.4%), lo cual fue menor a lo reportado por estudios occidentales (12.8%, 95% IC:12.4-13.4%). Los autores explican esta diferencia de prevalencias con otros países a la falta de reconocimiento de síntomas depresivos, al temor de la estigmatización social por los mismos y a los roles socioculturales y tradición relacionada a la población mayor en China, ya que estos viven con sus familias extendidas teniendo mayor soporte social y emocional. Además de ello, no encontraron significativo el género, nivel de educación, presencia de pareja, pudiendo deberse a que los estudios incluidos tuvieron diferentes instrumentos de recolección de datos y poblaciones heterogéneas. (4)

Yang-Tzu Li, et al. "Effects of protective factors on the depressive status of elderly people in Taiwan", Taiwan, 2020. En una muestra total de 2426 adultos mayores, observaron una media más alta de depresión en mujeres, viudas (os) y nivel educativo por debajo de primaria. Como factores protectores de depresión, consideraron un nivel educativo mayor a bachillerato, esto implicaba más satisfacción en la vida, así como mayor satisfacción financiera, vivir en compañía de sus parejas o sus hijos, ya que aportaban mejor soporte social, actividades ocio, lazos familiares y participación comunitaria. Concluyeron que la participación social derivada esencialmente del soporte social tiene un efecto protector. (16)

M. Buvneshkumar, K. R. John, M. Logaraj. "A Study on Prevalence of depression and Associated Risk Factors among Elderly in a Rural Block of Tamil Nadu", India, 2018. Realizaron un estudio en una muestra de 690 adultos mayores durante julio del 2014 a julio del 2015. Encontraron como factores

asociados a depresión: el sexo femenino, iletrados, ausencia de ingreso económico, bajo estatus social, familia tipo nuclear, dependientes financieramente. Observaron una prevalencia de depresión de 35.5%, una prevalencia de 41.8% ($\chi^2:13.55$ - $P: <0.0001$) en mujeres, incrementándose el riesgo en 1.81 veces; un riesgo de 1.85(95% IC: 1.35-2.55) veces al no tener pareja (viudos y viudas). Los autores recalcan que el soporte emocional de la pareja en esta etapa de la vida es importante para la salud psicológica. (5)

Ankit Anand, "Understanding Depression among Older Adults in Six Low-Middle Income Countries using WHO-SAGE Survey", 2015. Estudiaron la prevalencia de depresión en India, México, Rusia, China, Ghana y Sur África en adultos mayores de 50 años. El estudio presentó una mayor prevalencia en India (27.4), México 23.7 y Rusia (15.6), siendo mayor la prevalencia en el sexo femenino en los 6 países, mayor depresión en áreas urbanas en Ghana, México y Rusia y mayor en áreas rurales en India y Sur África; mayor prevalencia en aquellos con estado civil de viudez o separados, sin embargo, esto no fue significativo exceptuando a Sur África (7.6%, 95%IC: 5.2-10.0). La presencia de alguna comorbilidad y bajo nivel educativo se asoció a depresión siendo estadísticamente significativo. Reportaron que los adultos mayores que contaban con un trabajo actual, presentaban menor prevalencia de depresión. (17)

Sarro A., et al. "Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados". España, 2013. En siete centros de atención primaria en España donde se evaluó a 220 personas, de las cuales 129 (58,6%) fueron mujeres. Mediante el uso de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), presentaron depresión 76 (34,5%) pacientes, mientras que, en los expedientes clínicos, se presentó en 46 (20,9%) pacientes. Los autores asocian la depresión con deterioro cognitivo, deterioro de actividades básicas e instrumentales, prescripción de psicótopos, agotamiento y menor actividad física. (18)

Galván P, Fernández E, Fonseca J, "Síntomas residuales en el anciano con depresión", España, 2012. Dicha investigación se realizó en centros de

atención primaria en pacientes con diagnóstico de depresión y con tratamiento mayor a 3 meses, observando que la incidencia de depresión en los adultos de la tercera edad fue de 13,8%. De los cuales, el 99% presentaba síntomas residuales como: tristeza, pérdida de energía y dolor. Observaron que los pacientes que conviven con su pareja y los de sexo masculino, quienes tienden a realizar más actividades de ocio, presentaron menor cantidad de síntomas residuales. Además de ello, más de la mitad de su población de estudio tuvo recurrencia de su cuadro depresivo. (19)

Pando M., et al. "Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana", México, 2001. Obtuvieron una incidencia de depresión del 36,2% en adultos mayores que viven en su propio domicilio en zona urbana, siendo el 43,2% mujeres y el 27,1% varones. Concluyeron que los factores de riesgo de mayor impacto el estado civil (no tener pareja), la falta de actividad laboral y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años. De los cuales, el no tener empleo y la viudez fueron los principales desencadenantes de la depresión. (20)

Hybels y Blazer, "Epidemiology of late-life mental disorders", Estados Unidos, 2003. Se percibió que la prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años fue de 12.3%, siendo mayor en las mujeres con 13.6% en comparación con los varones que presentó un 10.5%. En este estudio, también se observó que la depresión y otros trastornos afectivos no son infrecuentes en individuos de la tercera edad. Además, todos ellos se asocian con deficiencias en la función y disminución de la calidad de vida. Asu vez, se recalca que los estudios en el área de psiquiatría geriátrica han aumentado enormemente en las últimas décadas a medida que los investigadores intentan identificar aquellos factores sociales, demográficos, ambientales, biológicos y genéticos que pueden poner a los adultos mayores en riesgo de desarrollar trastornos o síntomas por primera vez e incluso contribuir a la recurrencia de un trastorno y síntomas que habían estado en remisión considerando factores como edad, raza, sexo, lugar de residencia y factores relacionados. (21)

Giacoman C, Funes D, Guzmán L, Montiel T. “Depresión y escolaridad en adultos mayores”, México, 2011. Tuvo por objetivo establecer si el grado de instrucción tenía influencia a favor de la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Se halló que las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal, lo que sugiere que factores independientes a la escolaridad, tales como el estilo de vida y la salud, tienen efectos favorables en el estado emocional del adulto mayor, ya que la muestra fue seleccionada de un centro recreativo comunitario, concluyendo así que la recreación tiene beneficios terapéuticos sobre la salud mental. (22)

Antecedentes Nacionales

González y Robles, “Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, diciembre de 2011”, Perú, 2011. Realizaron un estudio donde observaron que el 50,3 % presentaron un riesgo de depresión moderada y con riesgo de depresión severa el 28.1%. De acuerdo con el grupo etario, el 19.6% se halló entre los 60 a 80 años con riesgo de depresión moderada. En relación al sexo, las mujeres presentaron una prevalencia de 28 %, y los varones el 22,2 %, con riesgo de depresión moderada. Concluyeron que los adultos mayores de 60 a 80 años tienen mayor probabilidad de presentar depresión, así mismo, las mujeres presentaron mayor riesgo, sin embargo, los autores establecieron dicha relación como no significativa. (23)

Martha Martina., et al. En la “Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015”. Perú, 2017. Según este estudio, la incidencia nacional de depresión en personas de la tercera edad fue de 14.3%, asociándose prevalentemente al sexo femenino, carecer de instrucción, presencia de discapacidad, ser mayor de 75 años, vivir sin pareja, ser pobre, residir en área rural. Este estudio observó que el factor de sexo

femenino ya ha sido confirmado por otras investigaciones, así mismo, este se potencia al estar asociado a bajo grado de instrucción. (24)

Instituto Especializado de Salud Mental. Anales de salud mental: “Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - replicación 2012, 2013”. Este estudio encontró que el 3,8%, de los adultos de la tercera edad presentó algún episodio de depresión moderada a severa en el transcurso del último mes. Observaron, al igual que estudios anteriores, mayor prevalencia en las mujeres. Asimismo, la incidencia es mayor el grupo etario de mayor edad. A su vez, este estudio recalcó que el crecimiento rápido de la población adulta mayor en Latinoamérica y el Caribe demanda la revisión de políticas para el bienestar del adulto mayor, proponiendo el desarrollo de áreas específicas para cubrir sus demandas de salud, educación y vida social, por ser necesaria una evaluación integral para mejorar su calidad de vida. Concluyeron que la depresión, alteraciones cognoscitivas, discapacidad y maltrato son predominantes en este grupo etario. (25)

José Juárez M., Angélica León F, Vicky Alata Linares. “Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH. “Viña alta” – La Molina, Lima-Perú”, Perú, 2012. Este estudio presentó una prevalencia del 51,67% de depresión en el adulto mayor, siendo mayor a la encontrada en otros estudios. No encontraron asociación entre el sexo, grado de instrucción y depresión. Sin embargo, señalan un sesgo respecto a depresión y estado civil, ya que el 71% de su población era casada, encontrando mayor prevalencia de depresión en este grupo, el cual no tiene igual proporción con el resto de grupos de diferente estado civil. (26)

Fabian H. “Factores asociados a trastorno depresivo mayor en adultos mayores residentes en el Perú: estudio poblacional basado en la ENDES 2018”, Perú, 2020. Este estudio encuentra la prevalencia de depresión concentrada en zona rural de Puno y Huancavelica, asocia la depresión al primer idioma hablado:

aymara o quechua, padecer de HTA (hipertensión arterial). Así mismo, establece como factor protector la riqueza. (27)

Baldeón M. “Variables sociodemográficas asociadas a la depresión del adulto mayor peruano en el año 2017”, Perú, 2019. Este estudio emplea la encuesta ENDES 2017, obtuvo como resultado una prevalencia de depresión de 14.2% y como factores de riesgo el sexo femenino, no tener instrucción, edad de 75 años a más, residir en zona rural y ser pobre, además de ello no encontró la discapacidad como factor asociado a la depresión. (28)

2.2 BASES TEÓRICAS

DEFINICIÓN:

La definición del MINSA en su Guía de práctica clínica es que “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, los cuales empobrecen la calidad de vida y generan dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren”. (29)

Se encuentra clasificada en la CIE-10 dentro de los TRASTORNOS HUMOR (AFECTIVOS) F30-39. (29)

ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:

La OMS considera como adulto mayor a toda persona de 60 años o más. El envejecimiento se constituye por cambios en el plano biológico asociado al acumulo de daños celulares y moleculares que paulatinamente reducen las reservas fisiológicas, aumentando el riesgo de muchas enfermedades y disminuyendo sus capacidades del individuo. A su vez, también conlleva a cambios psicosociales, adquiriendo nuevos roles y perspectivas. (10)

Después de los 60 años incrementa la carga de discapacidad y sobreviene la muerte ocasionada por la pérdida de la audición, visión y movilidad correlacionada a enfermedades no transmisibles, siendo mayor esta carga en países de ingresos bajos y medianos. (10)

El envejecimiento saludable se define como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” y el envejecimiento activo es “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. (10)

Para un envejecimiento exitoso, es necesario actuar multisectorialmente para asegurar la calidad de vida del adulto mayor.

DEPRESIÓN MAYOR EN ADULTOS MAYORES:

La incidencia de depresión en individuos de la tercera edad es menor que en otros grupos etarios, sin embargo, es la enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia en este grupo etario y su presencia compromete su calidad de vida. (13)

La prevalencia media a nivel mundial de depresión en las personas adultas mayores es de 10 al 15% para aquellos que vivan en comunidad (Pla Vidal, 2021). En Estados Unidos, tiene una prevalencia de 3 - 4,5% (Wang y Blazer, 2015). En adultos mayores con patología asociada que acuden a atención primaria afecto al 6 – 9%, en hospitalizados al 10%, en residencias al 12 – 15% y, en caso de sintomatología depresiva clínicamente significativa, alcanzaron valores mayores del 30% (Ames et al., 2010). Los diferentes resultados en distintos estudios varían porque se utilizan diferentes criterios de evaluación, escalas o entrevistas. (13)

La prevalencia de depresión geriátrica es mucho mayor en situaciones médicas que en la comunidad. La depresión es una enfermedad más que una parte normal del envejecimiento. En la vejez, la depresión suele ser difícil de identificar, ya que algunos pacientes deprimidos pueden no tener un estado de

ánimo triste o presentar una anhedonia prominente. La depresión no reconocida y tratada de manera inadecuada puede aumentar la mortalidad y causar discapacidad y sufrimiento a los pacientes y sus familias. Se encuentran disponibles tratamientos antidepresivos seguros y eficaces. Sin embargo, sus efectos pueden tardar en ocurrir y la remisión es a menudo incompleta e inestable, lo que requiere un enfoque de tratamiento a largo plazo. Más allá de la complejidad clínica de la depresión, las barreras para la atención de la depresión, incluido el estigma, las limitaciones de tiempo por parte de los médicos de atención primaria, genera un efecto negativo en la salud de los individuos de la tercera edad deprimidos. (30)

FISIOPATOLOGÍA:

Respecto a la fisiopatología, Dunlop B. y Nemeroff C. hacen referencia a la alteración de tres neurotransmisores: norepinefrina, serotonina y dopamina. (31) Según Mayberg, et al. “Los estudios de neuro-imagen aportan que las alteraciones del estado de ánimo podrían ser debidas a una disminución de la actividad en estructuras neocorticales y un incremento de esta en el sistema límbico”. (32)

ETIOLOGÍA:

De acuerdo con Chochinov H., “El origen específico de los trastornos depresivos se desconoce y se cree que es debido a múltiples factores genéticos, ambientales, así como, a las experiencias vividas tempranamente que tienen un rol importante”. (33) Según Fiske, et al. “Los cambios a nivel neurológico y cardiovascular que se dan normalmente con la edad pueden incrementar la posibilidad de depresión en los adultos mayores” (34), Siendo esto poco satisfactorio para explicar la enfermedad. Por lo tanto, Fiske A., et al. refiere que “La depresión en los adultos mayores es una consecuencia de múltiples factores como son: genéticos, cambios de la edad, comorbilidades y factores estresantes que provocan que se desencadene la enfermedad”. (34)

DIAGNÓSTICO:

Las guías de la Academia Americana de Médicos Familiares siguieron, para el tamizaje de la depresión con una sensibilidad de 96%, las siguientes preguntas: “Durante las últimas dos semanas, se ha sentido triste, depresivo o sin esperanzas y durante las últimas dos semanas ha sentido menor interés o placer al hacer las cosas”. (35) De ser positiva la respuesta, recomiendan una entrevista más profunda haciendo uso de cuestionarios, como “La escala de depresión de Yesavage”. (35)

De acuerdo con el “Brief Patient Health Questionnaire” (PHQ-9), el cual se compone por 9 ítems que valoran la presencia de algún síntoma depresivo (siguiendo los criterios DSM-IV) durante las últimas 2 semanas. “Para el diagnóstico, este cuestionario recomienda 5 de los 9 ítems: a. Disminución del estado de ánimo, b. Pérdida de interés al hacer las cosas, c. Pérdida o incremento del apetito, d. Insomnio o hipersomnia, e. Fatiga, f. Sentimientos de minusvalía o culpa, g. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, h. Cambios en el comportamiento o habla, e i. Ideación suicida o de autolesión. La puntuación es de 0 a 27 puntos y cada ítem varía entre 0 puntos (nunca) y los 3 puntos (a más de la mitad de los días)”. (35)

Según Cassiani, et al., el PHQ-9 tiene un buen nivel de detención para la depresión, ya que es exacto, breve, es de dominio público y multipropósito, fácil de aplicar e interpretar su puntuación. Además de ello, tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad de 83%, por lo cual es un buen instrumento para el cribado de depresión, ya que una sensibilidad entre 79 a 97 % y especificidad de 63 a 86% son considerados buenos para un instrumento.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Un conjunto sustancial de pruebas respalda el uso de diferentes formas de psicoterapia, así como intervenciones a nivel somático en el tratamiento de la depresión en adultos mayores. En el tratamiento farmacológico, pruebas clínicas aleatorizadas con adultos mayores deprimidos han demostrado una eficacia parecida para los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la monoamino oxidasa y los antidepresivos tricíclicos. (34) Otro autor señala que los pacientes de edad avanzada

responden favorablemente a los antidepresivos, aunque su respuesta requiere más tiempo que la de los adultos más jóvenes y tienen una mayor propensión a las recurrencias. Por lo tanto, el tratamiento antidepresivo tiene el potencial de reducir los síntomas depresivos y discapacidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. (30)

PROBLEMAS FINANCIEROS Y MUERTE EN LA VEJEZ

Los factores socioeconómicos juegan un papel importante en la depresión de la vejez. El deterioro de la situación financiera es uno de los acontecimientos vitales estresantes que experimentan los adultos mayores con mayor frecuencia.(34) Los problemas financieros en la vejez están asociados con aumento de los síntomas depresivos. (30)

La tensión financiera, entornos inseguros e inestables complican el tratamiento de los adultos mayores de bajos ingresos que están deprimidos, además, las desventajas socioeconómicas en una etapa temprana de la vida pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión a lo largo de la vida a través de los efectos de la mala nutrición, la reducción de las oportunidades de educación, la disminución del acceso a la atención médica u otros mecanismos. (34) Así mismo, adultos mayores que habían sufrido una muerte en su familia en el último año tendían a tener un estado de ánimo más deprimido que los adultos mayores que no tuvieron una muerte en su familia. El dolor que sigue a la muerte de un ser querido es un factor de riesgo para aparición de depresión mayor y menor. Aproximadamente 10% -20% de las personas que pierden a su cónyuge desarrollan depresión clínicamente significativa en el primer año de duelo. (30)

En un estudio longitudinal, Harlow, et al. (1991) observaron altos niveles de síntomas depresivos durante los primeros 6 meses de duelo. Los adultos mayores viudos se encontraban más deprimidos que los casados; por 1 año, la mayoría los viudos habían vuelto a los niveles anteriores al duelo. (30)

DEPRESIÓN GERIÁTRICA Y APOYO SOCIAL:

El apoyo social definido como apoyo instrumental, tangible/asistencia instrumental, apoyo emocional, apoyo de estima e integración social es un importante factor protector para la depresión en la vejez. Lamentablemente, el hecho de que recibir apoyo es una consecuencia, más que una causa, de los síntomas depresivos. (30)

El apoyo social ha sido un predictor de una buena salud física y mental, satisfacción con la vida y riesgo reducido de institucionalización para ancianos. A su vez, el apoyo puede amortiguar los efectos adversos de los factores estresantes. (30)

2.3 DEFINICIONES Y CONCEPTOS OPERACIONALES

- Sexo: característica biológica que divide a los individuos en masculino o femenino.
- Grado de instrucción: grado de estudios o formación académica más elevada alcanzada.
- Estado civil: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- Ser jefe de familia: Persona, hombre o mujer, de 15 años a más, que aporta más económicamente al hogar o toma las decisiones financieras de la familia y vive en el hogar, además de ello es reconocido como tal por la familia.
- Depresión mayor: “La depresión es un trastorno mental fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio, fatiga, que

empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren". (29)

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis General:

Existen factores que se encuentran asociados a presentar depresión mayor en la población adulta mayor en el Perú según la encuesta realizada de ENDES 2019.

Hipótesis Específicas:

- El sexo femenino es un factor asociado a presentar trastorno depresivo mayor en adulto mayor.
- El grado de instrucción hasta secundaria es un factor asociado a presentar trastorno depresivo mayor en adulto mayor.
- El no tener pareja es un factor asociado a presentar trastorno depresión mayor en adulto mayor.
- El ser jefe de familia es un factor asociado a presentar trastorno depresivo mayor en adulto mayor.

3.2 VARIABLES DEL ESTUDIO

La variable dependiente:

- Depresión mayor

Las variables independientes:

- Sexo
- Grado de instrucción
- Estado civil

- Ser jefe de familia

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de tipo observacional, cuantitativo, retrospectivo, analítico, transversal.

- **Cuantitativo:** Porque se utilizaron métodos estadísticos para analizar las variables.
- **Observacional:** Porque no se interviene en las variables.
- **Retrospectivo:** Porque se utilizó datos recogidos durante el año 2019.
- **Analítico:** Porque se buscó asociar la variable depresión mayor a los factores presentados.
- **Transversal:** Porque se estudió las variables en un solo tiempo.

La presente investigación se desarrolló en el “VII CURSO DE TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS” mediante la metodología y perspectiva investigadora. (36)

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población de estudio está conformada por todos los adultos mayores de 60 años a más que residen en el Perú durante el año 2019 incluidos en la encuesta ENDES. El marco muestral está constituido por información estadística procedente de los Censos a nivel nacional: XI Censo de Población y VI de Vivienda del año 2007 y la actualización SISFOH 2012-2013, y la información cartográfica actualizada mediante un registro de viviendas y edificios.

Muestra

Tamaño muestral:

Corresponde a una muestra de 1 934 adultos mayores residentes en el Perú en el año 2019 y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión planteados.

Tipo de muestreo:

Se distingue por ser probabilístico de tipo equilibrado, bietápica, independiente y estratificada, a nivel departamental y por área rural y urbana.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años a más incluidos en la base de datos de la ENDES 2019.
- Adultos mayores de 60 años a más que son residentes habituales de viviendas particulares de áreas urbanas y rurales que hayan pernoctado la noche anterior, a la encuesta, en la vivienda seleccionada.
- Adultos mayores de 60 años a más que tengan los datos completos en la base de datos de la ENDES 2019 de las variables investigadas.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores de 60 años a más que se encuentren discapacitados.
- Adultos mayores de 60 años a más que son visitantes que pasaron la noche anterior al día de la encuesta en la vivienda seleccionada.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Ver ANEXO 09)

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación, se utilizó una base de datos secundarios que se encuentra en la página web del INEI, conformada por 3 cuestionarios utilizados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2019, siendo los siguientes: Cuestionario de Salud, Cuestionario de Hogar y Cuestionario Individual de la Mujer. Para la recolección de datos de las viviendas seleccionadas, se realizó por medio de una Tableta como dispositivo móvil, y procedieron a efectuar una ENTREVISTA DIRECTA, realizado por personal del INEI, pertenecientes al Área de Operación de Campo, la cual estuvo conformada por 53 equipos de trabajo a nivel nacional. Cada equipo incluyó a un supervisor local, dos entrevistadores y un antropometrista, los cuales fueron debidamente preparados para la recolección de esta información en las encuestas mencionadas.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio, se ingresó a la página web oficial del INEI, en la opción “Microdatos” <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>. Después se ingresó a la sección de “Consulta por encuesta” donde se seleccionó la “Encuesta demográfica y de salud familiar 2019”, se procedió a seleccionar y obtener las bases de datos CSALUD01 que contenía las variables de sexo, depresión y grado de instrucción. De la base de datos RECH1, se obtuvo las variables de estado civil y ser jefe de familia para la realización del análisis para poner a prueba las hipótesis planteadas en el presente trabajo. Se cribaron las bases de datos seleccionada utilizando solo las variables de interés según los criterios de inclusión y exclusión para el análisis estadístico y las variables de claves de identificación. Se unieron las bases de datos cribadas y se elaboró una nueva base de datos, la cual contuvo todas las variables necesarias para la realización del estudio.

4.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE DATOS

La base de datos fue descargada de la página web del INEI en formato SPSS versión 25, como se expresó en la sección anterior; asimismo, el análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS. Para las variables cualitativas, se construirán tablas de frecuencias y contingencia.

Para evaluar la asociación entre variables cualitativas o categóricas, se utilizó la prueba de F corregida. Se empleó la razón de prevalencia (RP) para contrastar si los factores están asociados a la depresión mayor. Por último, se calculó los RP ajustados a través de un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, en el marco de los modelos lineales generalizados.

Se trabajó con un nivel de confianza de 95%, una significancia estadística de $p < 0,05$ y se elaboró el análisis CSPLAN en SPSS para muestras complejas de acuerdo con el diseño de la muestra y considerando el factor de ponderación.

Para la variable dependiente, depresión mayor, se calculó a partir de la base de datos CSALUD01: se obtuvo la pregunta 700. Dicha pregunta evaluó si presentan algún síntoma depresivo basándose en criterios de DSM-IV para depresión mayor mediante el Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9) el cual tiene un buen nivel de detección para la depresión, ya que es exacto, breve, es de dominio público y multipropósito, fácil de aplicar e interpretar su puntuación. Además de ello, tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad de 83%, por lo cual es un buen instrumento para el cribado de depresión, ya que una sensibilidad entre 79 a 97 % y especificidad de 63 a 86% son considerados buenos para un instrumento. (37)

La pregunta 700 contuvo las sub preguntas 700-A a 700-I del cuestionario PHQ-9, las cuales fueron las siguientes. (ANEXO 10)

- Pregunta 700-A: “¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)”.
- Pregunta 700-B: “¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?”

- Pregunta 700-C: “¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?”
- Pregunta 700-D: “¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?”
- Pregunta 700-E: “¿Poco apetito o comer en exceso?”
- Pregunta 700-F: “¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)”.
- Pregunta 700-G: “¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?”
- Pregunta 700-H: “¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?”
- Pregunta 700-I: “¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?”

Con una puntuación de 0 a 3 por pregunta, correspondiendo para “nada” a 0 puntos, “varios días” a 1 punto, “la mayoría de días” a 2 puntos y “casi todos los días” a 3 puntos. La puntuación máxima fue de 27 puntos. Para determinar la presencia de depresión mayor, se consideró la puntuación de 10 puntos a más, concordante con otros estudios.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Al ser de carácter transversal, no atentará contra ningún artículo de los derechos humanos. La información que se obtendrá a partir de las bases de dominio público de “ENDES” 2019 del “INEI”, por lo tanto, no atentará contra la privacidad e integridad de los participantes en estudio.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina “Manuel Huamán Guerrero” de la Universidad Ricardo Palma.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

El total de la muestra fue de 1 934 de adultos mayores de 60 a más años, residentes en Perú durante el año 2019, de los cuales, el 45.9% presentó depresión mayor según la encuesta de ENDES 2019. (Gráfico 1)

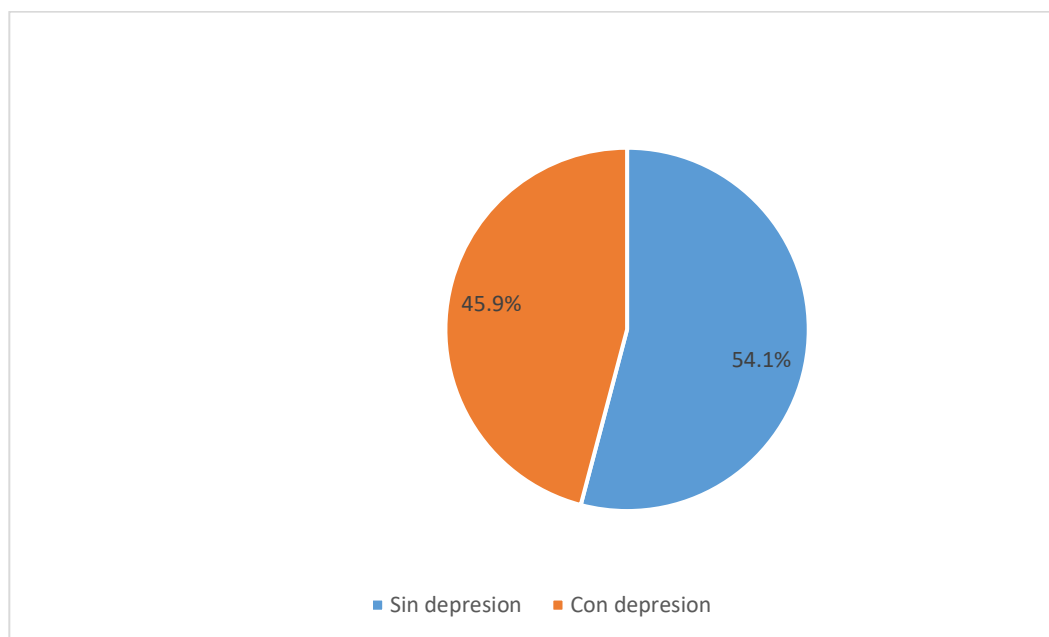


Gráfico 1: Porcentaje de depresión mayor en el adulto mayor de 60 a más años en el Perú durante el año 2019.

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES.

En el resultado univariado, se describe la muestra (Tabla 1), donde el 41.9% son varones y el 58.1% son mujeres; con respecto al grado de instrucción, el 85.0% refiere como nivel de instrucción hasta secundaria y el 15.0 % tiene un nivel de estudios superior; con referencia al estado civil, el 53.4% son adultos mayores con pareja y el 46.6% no tiene pareja. En cuanto a ser jefe de familia, 64.6% refiere ser jefe de familia y el 35.4% refirió no ser jefe de familia.

El coeficiente de variación es menor a 15%, es decir, la muestra fue adecuada para estimar los resultados.

TABLA 1: Resultado univariado de los factores evaluados en el adulto mayor de 60 años a más en el Perú durante el año 2019.

Variables	Total	n	%	Coeficiente de variación (%)
	Total	1934	100	2.3
Depresión Mayor	Sin depresión	1047	54.1	2.6
	Con depresión	888	45.9	3.1
Sexo	Varón	811	41.9	2.1
	Mujer	1124	58.1	1.9
Nivel de instrucción	Hasta Secundaria	1341	85.0	1.9
	Superior	236	15.0	2.9
Estado Civil	Con Pareja	1033	53.4	1.9
	Sin Pareja	901	46.6	2.2
Jefe de familia	Jefe de familia	1250	64.6	1.9
	No es jefe de familia	684	35.4	2.1

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES.

El análisis bivariado (Tabla 2) muestra que, de los adultos mayores con depresión mayor, el 66.3% son mujeres y el 33.7% son varones. Respecto al nivel educativo, el 89.2% contaban con estudios hasta secundaria a diferencia del 10.8% con

estudios superiores. En cuanto al estado civil, el 47.7% tenía pareja y el 52.3% no la tenía. Con relación a ser jefe de familia, el 60.7% refirió serlo mientras que el 39.3% refirió no ser jefe de familia.

De los adultos mayores que no presentaron depresión mayor, el 48.8% eran varones y el 51.2% eran mujeres. Con respecto al nivel educativo, el 81.9% tenía estudios hasta secundaria, y el 18.1%, estudios superiores. Referente al estado civil, el 58.3% tenía pareja y el 41.7% no la tenía. En cuanto a ser jefe de familia, el 67.9% refirió ser jefe de familia y el 32.1% refirió no serlo.

Mediante la prueba estadística F, corregida todas las variables estudiadas, mostraron una relación estadísticamente significativa con la depresión mayor al tener un p valor menor a 0,05.

TABLA 2. Factores asociados a la depresión mayor en el adulto mayor en el Perú durante el año 2019.

Factores Asociados		Adultos mayores con depresión mayor					
		Sin depresión		Con depresión		F corregida	P valor
		n	%	n	%		
Sexo	Varón	511	48.8	299	33.7	20.279	0.000
	Mujer	535	51.2	588	66.3		
Grado de instrucción	Hasta Secundaria	739	81.9	601	89.2	5.558	0.019
	Superior	163	18.1	72	10.8		
Estado Civil	Con Pareja	610	58.3	423	47.7	8.796	0.003
	Sin Pareja	436	41.7	465	52.3		
Jefe de familia	Jefe de familia	711	67.9	539	60.7	4.227	0.040
	No es jefe de familia	336	32.1	349	39.3		

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES.

Al realizar el análisis bivariado (Tabla 3), se utilizó la razón de prevalencia cruda (RPc), observándose que los factores asociados son estadísticamente significativos.

En relación al sexo de la persona seleccionada, se identificó que el sexo masculino tiene una razón de prevalencia cruda de 1.410 (IC95%: 1.27 – 1.57) de tener depresión mayor en comparación del sexo femenino. Según el nivel educativo, los adultos mayores con nivel educativo hasta secundaria tienen una razón de prevalencia cruda de 1.46 (IC95%: 1.19 – 1.79) de tener depresión mayor a comparación de aquellos con nivel educativo superior. De acuerdo con el estado civil, los adultos mayores con pareja tienen una razón de prevalencia cruda

de 0.79 (IC95%: 0.72 – 0.87) en comparación de aquellos sin pareja. Los adultos mayores que refirieron ser jefe de familia tienen una razón de prevalencia cruda de 0.84 (IC95%: 0.76 – 0.93) a comparación de aquellos que refirieron no ser jefes de familia.

TABLA 3. Análisis bivariado con RP crudo de los factores asociados a la depresión mayor en el adulto mayor en el Perú durante el año 2019.

Factores Asociados		Adultos mayores con depresión mayor				
		Con Depresión		RP crudo	IC 95%	
		n	%		LI	LS
Sexo	Mujer	299	33.7	1.410	1.276	1.577
	Varón*	588	66.3			
Grado de instrucción	Hasta Secundaria	601	89.2	1.464	1.197	1.79
	Superior*	72	10.8			
Estado Civil	Con Pareja	423	47.7	0.793	0.72	0.874
	Sin Pareja*	465	52.3			
Jefe de familia	Jefe de Familia	539	60.7	0.846	0.768	0.933
	No es jefe de familia*	349	39.3			

*Referencia

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES.

El análisis multivariado se realizó mediante la regresión de Poisson con varianza robusta; así mismo, la bondad de ajuste del modelo se contrastó con la Prueba de Hosmer y Lemeshow, donde se indica que el modelo ajusta bien los datos. En la tabla 4, se identificó que el sexo está significativamente asociado a la depresión mayor, siendo factor de riesgo el sexo femenino, con RPa de 1.29 (IC95%: 1.12-1.49).

De igual forma, el nivel educativo está significativamente asociado a la depresión mayor, siendo así que los adultos mayores con nivel educativo hasta secundaria tienen 1.13 (IC95%: 1.06 – 1.20) veces más probabilidad de presentar depresión a comparación de aquellos con educación superior.

El estado civil está asociado significativamente a depresión mayor de modo que el contar con pareja es un factor protector de presentar depresión mayor (RPa 0.88, IC95%: 0.83-0.93) a comparación de los adultos mayores sin pareja.

El factor de ser jefe de familia no fue estadísticamente significativo (RPa: 0.93, IC95%: 0.87-1.00).

TABLA 4. Análisis multivariado de los factores asociados a la depresión mayor en el adulto mayor en el Perú durante el año 2019.

Factores Asociados		Adultos mayores con depresión mayor			
		p valor	RP ajustado	I.C 95% de RP ajustado	
				Inferior	Superior
Sexo	Mujer	0.001	1.292	1.120	1.491
	Varón		Referencia		
Grado de instrucción	Hasta Secundaria	0.000	1.130	1.060	1.204
	Superior		Referencia		
Estado Civil	Con Pareja	0.000	0.885	0.835	0.937
	Sin Pareja		Referencia		
Jefe de familia	Jefe de familia	0.060	0.938	0.877	1.003
	No es jefe de familia		Referencia		

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La depresión mayor es un problema de salud mental frecuente, y particularmente su presencia en población geriátrica tiene un gran impacto en su calidad de vida. En el presente estudio, se halló una mayor prevalencia en el sexo femenino, no tener pareja, grado de instrucción hasta secundaria y ser jefe de familia; de los cuales, el sexo femenino, no tener pareja y grado de instrucción hasta secundaria se correlacionaron a la depresión mayor de manera significativa. Se determinó, como factores de riesgo, el sexo femenino y grado de instrucción hasta secundaria; así mismo, se determinó que tener pareja es un factor protector de depresión mayor.

Del total de adultos mayores de 60 años a más incluidos en el presente estudio, el 45.9% obtuvieron un puntaje mayor a 10 con el instrumento PHQ-9, lo cual se interpreta como presencia de depresión mayor. Siendo mayor en comparación de estudios similares realizados por Martina, et al. (24) durante el periodo 2014 – 2015 en población peruana aplicando el mismo test en el cual el 14.3% presentó depresión, y Baldeón M. (28), durante el 2017, obtuvo 14.2% y Fabián H.(27) en el 2018 el 6.2%. Dichos estudios, a pesar de haber utilizado la misma base de datos de ENDES en diferentes años, obtuvieron resultados no concordantes, ya que todos fueron estudios tipo transversal, los cuales dan resultados en un momento único en el tiempo variando el resultado si se toma en otro momento. Cabe resaltar que Fabián H.(27) utilizó metodología diferente al presente estudio, empleando los criterios de DSM-V. Otro estudio realizado encontró una prevalencia de 51.67% de depresión en adulto mayor. Dicho estudio se realizó en un Asentamiento Humano de La Molina durante el año 2012. (26)

Un valor similar al hallado se observa en un estudio realizado en India donde reportaron una prevalencia de 35.5%. (5) En otro estudio realizado en base a encuestas realizadas por la OMS durante el año 2015 en 6 países de ingresos medios a bajos, encontraron una prevalencia de depresión de un 27.4% en India; 23.7% en México, y 15.6% en Rusia. (17) Los estudios mencionados utilizaron

diferentes rangos de edad, instrumentos y/o cuestionarios y metodología, lo cual explica la diversidad de resultados a comparación de los hallados.

En relación a la variable del sexo, se obtuvo una prevalencia de depresión mayor más alta en el sexo femenino, lo cual coincide con otros estudios realizados en España, durante el año 2013, en centros de atención primaria, el 58.6% de adultos mayores con depresión fueron mujeres(18). Galván, et al. (19) atribuye una menor prevalencia de depresión en varones y personas que viven en pareja por realizar mayor cantidad de actividades de ocio. De igual forma, en la población urbana adulta mayor de México, 2001 (20) tenían una prevalencia de 43,2% mujeres y 27.1% varones. En China, en 2019, el sexo femenino tuvo mayor prevalencia (OR 2.6%, 95%IC:1.53-4.51)(15). Coincidiendo también con el estudio realizado por Anand A. (17) en 6 países, los cuales fueron India, China, Ghana, Sur África, México y Rusia, donde la prevalencia fue mayor en el sexo femenino.

En el presente estudio, el sexo femenino es un factor de riesgo para presentar depresión mayor, de igual forma Buvneshkumar M., et al. (5) observó que el sexo femenino tiene 1.81 veces mayor riesgo de presentar depresión mayor a comparación del sexo masculino. En nuestro medio, Martina, et al. (24) presentaron mayor prevalencia de depresión en la mujer, identificando el ser mujer como factor de riesgo para depresión. De la misma forma, Baldeón M. (28) considera el sexo femenino como factor de riesgo. Igualmente, en Lima Metropolitana y Callao durante el 2012- 2013 (25) observaron mayor incidencia de depresión en mujeres.

La mayor incidencia de depresión mayor en la mujer se explica primero por disminución de secreción de hormonas durante la menopausia, lo cual podría predisponer a problemas de salud mental. (3,15) Segundo, las mujeres tienen mayor esperanza de vida, por lo cual enviudan más perdiendo el soporte emocional de la pareja. Tercero, las mujeres atraviesan mayor número de estresores a lo largo de su vida, principalmente la violencia e inequidad de género.

(3)

Respecto al grado de instrucción, los adultos mayores que cursaron hasta el nivel de secundaria presentaron mayor incidencia de depresión mayor comparándose con los individuos que alcanzaron educación superior. En este estudio, se identificó la educación hasta secundaria como factor de riesgo para depresión mayor en adultos mayores de 60 años a más. De igual forma Anand A. (17) considera que un mayor nivel educativo tiene un efecto negativo en la presencia de depresión. De la misma manera, Buvneshkumar M., et al. (5) establece que a la prevalencia de depresión es inversamente proporcional al nivel educativo.

En nuestro medio, Martina, et al. (24) establece como factor de riesgo no tener instrucción alguna, con una prevalencia del 25.2% a diferencia del 11.3% con instrucción que mostró menor prevalencia de depresión. Este último valor es similar al presente estudio, ya que el 10.8% con educación superior presentó depresión. Así mismo, Baldeón M. (28) halló que carecer de instrucción tiene 2.52 veces más riesgo de presentar depresión.

La mayor frecuencia de depresión mayor en nivel educativo hasta secundaria podría deberse a que un nivel educativo menor implica en su mayoría de veces, un menor ingreso económico, por lo tanto, una menor satisfacción en la vida. Segundo, la desventaja económica a raíz de un menor nivel educativo incrementa la vulnerabilidad para presentar depresión; ya que repercute en la nutrición, menor oportunidad laboral formal, que lleve a una pensión de jubilación y acceso a la salud. (3,34)

Según el estado civil, el 52.3% de los adultos mayores con depresión mayor no tenían pareja. Esto concuerda con estudios realizados en población urbana adulta mayor en México (20), donde concluyeron como factor de riesgo el ser solteras(os) o viudas(os).

De acuerdo con los resultados obtenidos, el contar con pareja es un factor protector para depresión mayor, lo cual concuerda con Buvneshkumar M., et al. (5), estudio realizado en India, observó que la viudez incrementa en 1.85 veces el riesgo de presentar depresión a comparación de los adultos mayores casados. De

igual forma, a nivel de Perú, Martina, et al. (24) identifica como factor de riesgo vivir sin pareja.

La mayor incidencia de depresión mayor en adultos mayores sin pareja se atribuye a la pérdida del soporte emocional que aporta la pareja ejerciendo un efecto negativo en su salud mental; así mismo, la pérdida reciente de la pareja (viudez) es un detonante y exacerbador de depresión mayor.

Por último, el 60.7% de adultos mayores con depresión mayor refirieron ser jefes de familia, siendo esto estadísticamente no significativo de acuerdo con el análisis multivariado en el presente estudio. A diferencia del estudio realizado con ENDES 2014-2015 (24), donde hallaron menor prevalencia de depresión al ser jefe de familia, sin embargo en dicho estudio este factor no fue significativo.

En el estudio realizado por Anand A. (17) reporta una menor prevalencia de depresión en adultos mayores con un trabajo actual a comparación de aquellos que no realizan ninguna actividad laboral. De igual forma, Buvneshkumar M., et al. (5) observa que en el adulto mayor con una ocupación, ingreso y no dependiente presentan un menor riesgo de depresión, asociando el desempleo con la presencia de depresión. La mayor incidencia de depresión mayor relacionada a ser jefe de familia se atribuye a que el ser proveedor del hogar se convierte en un factor estresor, ya que la búsqueda de empleo en caso de no tenerlo o el bajo ingreso económico que no satisface las necesidades diarias serían desencadenantes. Sin embargo, la participación activa en la sociedad y el tiempo invertido en alguna actividad se correlaciona a menor presencia de depresión mayor.

Al extrapolar los datos obtenidos del presente estudio el 45.9% de los adultos mayores de 60 años a más de la población total peruana presenta depresión mayor, dado que el mayor porcentaje de esta población son mujeres, siendo esto un factor de riesgo para el presente estudio. Así mismo, el 81.6% tiene un grado educativo hasta secundaria lo cual también representa un factor de riesgo; además de ello, el 22.9% de las mujeres no tiene nivel alguno de educación a comparación del 5.3% de varones que se encuentra en la misma situación;

finalmente, el 26.1% del total de hogares, el jefe de familia es un adulto mayor y según el sexo, del total de hogares donde el jefe de familia es una mujer, el 27.7% son adultas mayores a diferencia del 25.3% donde es un varón adulto mayor. (2)

Se debe rescatar también que estudios anteriores sostienen que la presencia de comorbilidades se asocia a la presencia de depresión mayor, siendo así que el 70 a 80 % de enfermedades geriátricas se correlacionan a factores psicológicos. (3,5). Según el INEI el 82.3% de los adultos mayores del sexo femenino presentó alguna enfermedad crónica y el 69.1% en varones. Todo ello favorece a la presencia de depresión mayor en este grupo etario. Sin embargo, a nivel nacional, el 60.2% de adultos mayores tiene pareja, factor protector en este estudio. (2)

Las variables empleadas concuerdan con diferentes estudios consultados para la realización de la presente investigación (3–5,15–28), se emplearon por ser representativas del eje bio-psico-social del adulto mayor y los cambios en este eje forman parte del proceso del envejecimiento (1), lo cual lleva a que estas variables tengan un impacto en el desarrollo de la depresión mayor.

En investigaciones anteriores a nivel nacional, no se presentó la variable de tener pareja como factor protector de depresión mayor. La presente investigación genera esta variable, así mismo es importante la continuidad a las investigaciones realizadas por la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, ya que en el transcurso de los años las características de la población son dinámicas en el tiempo. Cabe mencionar que el área de salud mental está categorizada como alta prioridad de investigación en las “Prioridades de Investigación en Salud. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2019-2023”.

Las limitaciones del presente estudio fueron la base de datos secundaria, la cual no contiene variables necesarias para ampliar la investigación. Además de ello, otra limitante fue el tipo de estudio transversal: tiene una prevalencia puntual, ya que la población se examinó en un momento único porque no permite hacer inferencias de causalidad y aporta información en un momento único en el tiempo y que la misma población en otro momento podría dar resultados diferentes.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Conclusión general:

Se concluye que los factores asociados a depresión mayor de forma significativa en los adultos mayores de 60 años a más en el Perú en el año 2019 fueron el sexo femenino, el nivel educativo hasta secundaria y el tener pareja.

Conclusiones específicas:

- Las mujeres mayores de 60 años a más tienen más probabilidad de presentar depresión mayor con un riesgo de 1.29 veces en comparación de los varones.
- Los adultos mayores de 60 años a más con un grado de instrucción hasta secundaria tienen mayor riesgo de presentar depresión mayor, incrementándose esta probabilidad en 1.13 veces en comparación de aquellos con educación superior.
- Los adultos mayores de 60 años a más con pareja tienen menos probabilidades de presentar depresión mayor a comparación de aquellos sin pareja. Siendo esto un factor protector.
- El ser jefe de familia no está asociado a la depresión mayor como factor independiente en los adultos mayores de 60 años a más.

6.2 RECOMENDACIONES

- La presente investigación descubrió una prevalencia de depresión mayor de 45.9%. Se recomienda proseguir con más estudios en el área de depresión geriátrica dado que es un problema de salud pública.
- Puesto que esta investigación evidenció que el sexo femenino, grado de instrucción hasta secundaria y no tener pareja están asociados a depresión mayor, se recomienda que futuras investigaciones se centren en estas variables, ampliando el factor de no tener pareja con deceso reciente de la misma, el sexo femenino con antecedentes de violencia de género a lo largo de la vida y grado de instrucción ligado a desempleo en el transcurso de su existencia, para así obtener un panorama más amplio de la depresión mayor en Perú.
- Reforzar las estrategias en salud mental, haciendo un énfasis en este grupo etario para obtener el descenso de la prevalencia de depresión mayor y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
- Se recomienda aplicar encuestas dirigidas específicamente a depresión en este grupo etario como el test de depresión Beck, ya que este incluye factores de la depresión a nivel fisiológico, conductual y cognitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. [citado 7 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
2. INEI. Informe técnico: Situación de la población adulta mayor [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto-mayor.pdf
3. Lin H, Jin M, Liu Q, Du Y, Fu J, Sun C, et al. Gender-specific prevalence and influencing factors of depression in elderly in rural China: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*. junio de 2021; 288:99-106.
4. Wang Fei, Zhang Qing-E, Ling Z, Ng Chee H, Gabor S. Ungvari, Yuan Zhen, et al. Prevalence of major depressive disorder in older adults in China: A systematic review and meta-analysis- *ClinicalKey*. *Journal of Affective Disorders*. 27 de julio de 2018; 241:297-304.
5. Buvneshkumar M, John KR, Logaraj M. A Study on Prevalence of Depression and Associated Risk Factors among Elderly in a Rural Block of Tamil Nadu. *Indian J Public Health*. 2018;62(2):89-94.
6. United Nations. Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos [Internet]. Huenchuan S, editor. UN; 2019 [citado 15 de mayo de 2021]. (ECLAC Books). Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210586405>
7. INEI. Estado de la población peruana 2020 [Internet]. INEI; 2020 [citado 20 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1743/Libro.pdf
8. Bergdahl E, Gustavsson JMC, Kallin K, von Heideken Wågert P, Lundman B, Bucht G, et al. Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *Int Psychogeriatr*. diciembre de 2005;17(4):557-75.
9. Al-Shammari SA, Al-Subaie A. Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. 1999; *Sep*;14(9):739-47
10. OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 p. 282. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=4F9973DB7ED85E9ECEFD6CAF376FAF7E?sequence=1

11. Leclerc B-S, Lessard S, Bechenec C, Le Gal E, Benoit S, Bellerose L. Attitudes Toward Death, Dying, End-of-Life Palliative Care, and Interdisciplinary Practice in Long Term Care Workers. *J Am Med Dir Assoc.* marzo de 2014;15(3):207-13.
12. Griebing TL, Aging and Geriatric Urology. En: Alan W. Partin, editor. *Campbell-Walsh-Wein Urology.* 12. Philadelphia: Elviesier; 2021. p. 2905-2923
13. Agüera Ortiz L., Navío Acosta M, Pla Vidal J. *Psiquiatría geriátrica.* 3ra ed. España: Elviesier; 2021.
14. Aprueban el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental-DECRETO SUPREMO-N° 033-2015-SA [Internet]. [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-reglamento-de-la-ley-n-29889-ley-que-modifica-decreto-supremo-n-033-2015-sa-1296283-1/>
15. Yun-Shu Zhang, Yu Jin, Wen-Wang Rao, Li-Jun Cui, Jian-Feng Li, Lin Li, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of major depressive disorder in older adults in Hebei province, China. *J Affect Disord.* 15 de marzo de 2020; 265:590-4.
16. Li Y-T, Tung T-H. Effects of protective factors on the depressive status of elderly people in Taiwan. *Medicine (Baltimore).* enero de 2020;99(1):e18461.
17. Anand A. Understanding Depression among Older Adults in Six Low-Middle Income Countries using WHO-SAGE Survey. *Behav Health [Internet].* 20 de enero de 2015;1. Disponible en: <http://jghcs.info/index.php/bh/article/view/363>
18. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN - Med Fam.* octubre de 2013;39(7):354-60.
19. Galván P, Fernández E, Fonseca J. Síntomas residuales en el anciano con depresión. *SEMERGEN - Med Fam.* julio de 2012;38(5):285-91.
20. Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Alfaro N, Mendoza Roaf P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* enero de 2001;36(3):140-4.
21. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med.* noviembre de 2003;19(4):663-96.

22. Giacomani C, Funes D, Guzmán L, Montiel T. Depresión y escolaridad en adultos mayores. *Diálogos sobre educación*. 2011;1(2): 1-11
23. Gonzales Navarro, Robles Vargas. Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, diciembre de 2011. [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería]: Universidad Wiener; 2013.
24. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac Med*. 23 de marzo de 2018;78(4):393.
25. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental Vol. XXIX*. Año 2013, Suplemento 1. Lima.
26. Juárez M., León F, Alata L. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH. "Viña alta" – La Molina, Lima-Perú. *Rev Horiz Med*. 2012;12(2):26-9.
27. Fabián E. Factores asociados a trastorno depresivo mayor en adultos mayores residentes en el Perú: Estudio poblacional basado en la ENDES 2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]: Universidad Ricardo Palma; 2020.
28. Baldeón Martínez F. Variables sociodemográficas asociadas a la depresión del adulto mayor peruano en el año 2017. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]: Universidad Ricardo Palma; 2019.
29. Grupo de trabajo de la Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Dirección general de salud de las personas - Dirección de salud mental; 2008.
30. Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainwright C, Krishnan KRR. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biol Psychiatry*. septiembre de 2002;52(6):543-58.
31. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. marzo de 2007; 63:327-37.
32. Mayberg HS, McGinnis S, Silva JA, Lancaster JL. Reciprocal Limbic-Cortical Function and Negative Mood: Converging PET Findings in Depression and Normal Sadness. *Am J Psychiatry*. 1999 May; 156(5):675 -82.
33. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol*. 2001;2(8):499-505.

34. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol.* abril de 2009;5(1):363-89.
35. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014.
36. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatrística-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educ Médica.* 1 de julio de 2019;20(4):199-205.
37. Cassiani-Miranda, Cuadros-Cruz, Torres-Pinzón, Scoppetta, Pinzón-Tarrazona, López-Fuentes, et al. Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020;50(1):11-21.

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PERÚ, SEGUN LA ENDES 2019", que presenta la SRTA. CARMEN JEROMA VALDERRAMA ESCALANTE, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Profesor. Ruben Espinoza Rojas
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 22 de octubre de 2020

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



| UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis de la estudiante de Medicina Humana, SRTA. CARMEN JEROMA VALDERRAMA ESCALANTE, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

(Profesor. Rubén Espinoza Rojas)

Lima, 22 de octubre del 2020

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO
POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 046-2014-SUNEDUC/D

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°1951-2020-FMH-D

Lima, 13 de noviembre de 2020

Señorita

CARMEN JEROMA VALDERRAMA ESCALANTE

Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis “**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENDES 2019**” presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 12 de noviembre de 2020.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jerupe Chico.
Secretaria Académica

**ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA
“MANUEL HUAMÁN GUERRERO” DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: “FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN LAPOBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PERÚ,SEGÚN LA ENDES 2019”.

Investigadora:

Carmen Jeroma Valderrama Escalante

Código del Comité: PG-012-2021

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría EXENTO DE REVISIÓN por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 30 de marzo del 2021



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENDES 2019", que presenta la Señorita CARMEN JEROMA VALDERRAMA ESCALANTE para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
PRESIDENTE

Dr. Jaime Lama Valdivia
MIEMBRO

Dra. Roció Guillén Ponce
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Profesor Rubén Espinoza Rojas
Asesor de Tesis

Lima, 17 de mayo del 2021

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

Visualizador de documentos

Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 15-jun.-2021 13:04 -05

Identificador: 1573760612

Número de palabras: 12569

Entregado: 2

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA... Por
Carmen Jeroma Valderrama Escalante

Similitud según fuente	
Índice de similitud	
6%	
Internet Sources:	6%
Publicaciones:	2%
Trabajos del estudiante:	3%

[incluir citas](#) [incluir bibliografía](#) [excluyendo las coincidencias < 1%](#)

modo:

[imprimir](#)

[descargar](#)

2% match (trabajos de los estudiantes desde 28-feb.-2020)

[Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-02-28](#)

1% match (trabajos de los estudiantes desde 04-mar.-2020)

[Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-03-04](#)

1% match ()

[Acuña Tamay, Lucelina, Sandoval Briones, Noreen Helen. "Maltrato del adulto mayor en el entorno familiar. urbanización santa Eulalia Ciudad de Chota-Cajamarca", Universidad Nacional de Cajamarca, 2013](#)

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.


CARMEN JEROMA VALDERRAMA ESCALANTE

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:


FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENDES 2019.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Titulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021


Dr. Jhony De La Cruz Vargas

Director del Curso Taller


Dra. Maria del Socorro Alatrística Gutiérrez Vda. De Bambarén

Decana (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENDES 2019							
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son los factores asociados a la depresión mayor en la población adulta mayor en el Perú, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los factores asociados a la depresión mayor en la población adulta mayor en el Perú según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el sexo está relacionado con la presencia de depresión mayor 	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • H1: Los factores que se encuentran asociados a presentar depresión mayor en la población adulta mayor en el Perú según la encuesta de ENDES 2019 son: el sexo femenino, bajo grado de instrucción, no tener pareja y ser jefe de familia. <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • H2: El sexo femenino es un factor asociado a presentar 	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Nivel de instrucción - Estado civil - Ser jefe de familia <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Depresión mayor</p>	<p>Tipo de investigación: Estudio de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y analítico basado en la información contenida en la base de datos pública de la ENDES 2019.</p>	<p>Población: La población de estudio está conformada por todos los adultos mayores de 60 años a más que residen en el Perú durante el año 2019. El marco muestral está constituido por información estadística procedente de los censos a nivel nacional: XI de Población y el VI de Vivienda del año 2007 y la actualización</p>	<p>En la presente investigación se utilizó una base de datos secundaria que, realizada por INEI, conformada por 3 cuestionarios de la Encuesta demográfica y de Salud Familiar del 2019, siendo los siguientes: Cuestionario de Salud, Cuestionario de Hogar y Cuestionario Individual de la Mujer. Para la recolección de datos de las viviendas seleccionadas,</p>	<p>La base de datos fue descargada de la página web del INEI en formato SPSS versión 25, como se expresó en la sección anterior. Asimismo, el análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS. Para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y contingencia. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas o</p>

	<p>en los adultos mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar si el nivel de instrucción está relacionado con la presencia de depresión mayor del adulto mayor. •Determinar si el contar con una pareja o la ausencia de la misma está relacionado con la presencia de depresión mayor en el adulto mayor. •Determinar si ser jefe de familia o no está relacionado con la incidencia de depresión mayor en el adulto mayor. 	<p>trastorno depresivo mayor en el adulto mayor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • H3: El grado de instrucción hasta secundaria es un factor asociado a presentar trastorno depresivo mayor en el adulto mayor. • H4: El no tener pareja es un factor asociado a presentar trastorno de depresión mayor en el adulto mayor. • H5: El ser jefe de familia es un factor asociado a presentar 			<p>SISFOH 2012-2013, y la información cartográfica actualizada mediante un registro de viviendas y edificios.</p> <p>Muestra</p> <p>Tamaño muestral</p> <p>Corresponde a una muestra de 1 934 adultos mayores residentes en el Perú en el año 2019” y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión planteados.</p> <p>Tipo de muestreo</p> <p>Se distingue por ser probabilístico de tipo</p>	<p>se realizó por medio de una tableta como dispositivo móvil y procedieron a efectuar ENTREVISTA DIRECTA, realizado por personal debidamente preparado para la recolección de esta información en las encuestas mencionadas.</p>	<p>categorías, se utilizó la prueba de F corregida. Se utilizó la razón de prevalencia (RP) para contrastar si los factores están asociados a la depresión mayor. Por último, se calculó los RP ajustados a través de un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, en el marco de los modelos lineales generalizados. Se trabajó con un nivel de confianza de 95%, una significancia estadística de $p < 0,05$ y se elaboró el análisis</p>
--	---	--	--	--	--	---	--

		trastorno depresivo mayor en el adulto mayor.			equilibrado, bietápica, independiente y estratificada, a nivel departamental y por área rural y urbana.		CSPLAN en SPSS para muestras complejas de acuerdo con el diseño de la muestra y considerando el factor de ponderación. Para la variable dependiente, depresión mayor, se calculó a partir de la base de datos CSALUD01, se obtuvo la pregunta 700. Dicha pregunta se evaluó si presentan algún síntoma depresivo basándose en criterios de DSM-IV para depresión mayor, conteniendo sub-preguntas 700-A a 700-I del cuestionario PHQ-9. Con una puntuación de 0 a 3 por
--	--	---	--	--	---	--	---

							<p>pregunta, correspondiendo para nada a 0 puntos, varios días a 1 punto, la mayoría de días a 2 puntos y casi todos los días a 3 puntos. La puntuación máxima fue de 27 puntos. Para determinar la presencia de depresión, se consideró la puntuación de 10 puntos a más, concordante con otros estudios.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE ELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
SEXO	Característica biológica que divide a los individuos en masculino o femenino.	Sexo de los adultos mayores.	Nominal	Independiente Cualitativa	0=Masculino 1= Femenino
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Grado de estudios o formación académica más elevada alcanzada, sin tener en cuenta si se completaron.	Grado de estudios completados y certificados.	Nominal Dicotómica	Dependiente Cualitativa	0=Hasta secundaria 1=Superior
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se definió el estado civil registrado en la ficha de recolección de datos.	Nominal Dicotómica	Dependiente Cualitativa	0=Sin pareja (Soltero(a), divorciado(a), viudo(a) o separado(a) 1= Con pareja (Casado(a) o conviviente)

<p>SER JEFE DE FAMILIA</p>	<p>Persona, hombre o mujer, de 15 años a más, que aporta más económicamente en el hogar o toma las decisiones financieras de la familia y vive en el hogar</p>	<p>Se definió ser jefe de familia según lo registrado en la ficha de recolección de datos.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Dependiente Cualitativa</p>	<p>0=Si 1=No</p>
<p>DEPRESION MAYOR</p>	<p>Trastorno depresivo que involucra síntomas afectivos, volitivos, cognitivos y somáticos que no tiene causa orgánica, ni otra causa psiquiátrica, en un periodo mínimo de 2 semanas.</p>	<p>Se definió depresión mayor según el puntaje alcanzado en la ficha de recolección de datos.</p>	<p>Nominal Dicotómica</p>	<p>Independiente Cualitativa</p>	<p>0=Si 1=No</p>

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ÚNICAMENTE PARA MEDIR LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR, LAS DEMÁS FICHAS SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB DEL INEI.

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL									
PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD									
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A					
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población									
700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días? SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">PARA NADA</td> <td style="text-align: center;">VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</td> <td style="text-align: center;">LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</td> <td style="text-align: center;">CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</td> </tr> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	<p>A. POCO INTERES..... 0 1 2 3</p> <p>B. DEPRIMIDA(O)..... 0 1 2 3</p> <p>C. DORMIR..... 0 1 2 3</p> <p>D. CANSADA(O)..... 0 1 2 3</p> <p>E. APETITO..... 0 1 2 3</p> <p>F. PONER ATENCIÓN..... 0 1 2 3</p> <p>G. MOVERSE..... 0 1 2 3</p> <p>H. MORIR..... 0 1 2 3</p> <p>I. SENTIRSE MAL..... 0 1 2 3</p>	
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)					