



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y POSIBLES FACTORES ASOCIADOS,
EN POBLACIÓN ADULTA DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL
DEL ADULTO MAYOR.



AUTOR

MARIA ANTONELLA ERAZO REINOSO

AÑO

2019



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y POSIBLES FACTORES ASOCIADOS, EN
POBLACIÓN ADULTA DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO
MAYOR.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Médico Cirujano General

Profesora Guía
Dra. Martha María Fors López

Autora
María Antonella Erazo Reinoso

Año
2019

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, Prevalencia de depresión y posibles factores asociados, en población adulta del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, a través de reuniones periódicas con la estudiante María Antonella Erazo Reinoso, en el semestre 2019 - 20, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Martha María Fors López

Doctora en Ciencias Médicas (PhD)

C.I.: 1756351308

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, Prevalencia de depresión y posibles factores asociados, en población adulta del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, de la estudiante María Antonella Erazo Reinoso, en el semestre 2019 - 20, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Paúl Francisco Lozada Vargas

Doctor en Ciencias Médicas (MSc)

C.I.: 1802830263

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

María Antonella Erazo Reinoso

C.I.: 1716182397

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia, por todo el apoyo en este arduo camino, por ser mi fortaleza en todos los aspectos de mi vida. A mi tutora: Dra. Martha Fors por su esfuerzo, responsabilidad y dedicación durante la realización de este proyecto.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padrino, Julio Perelló, quien en vida fue y siempre será la figura paterna más representativa que tuve y quien me inspiró a seleccionar este tema, siempre lo llevaré en mi corazón.

RESUMEN

La depresión es una patología, cuya incidencia ha ido en aumento con el transcurso de los años, afectando de manera considerable a una de las poblaciones consideradas como vulnerables, los adultos mayores. El Instituto Nacional de Salud Mental, ha revelado que aproximadamente el 15%, de adultos mayores, han presentado al menos un episodio de depresión, en su etapa de transición hacia la vejez.

Objetivo: Establecer la prevalencia de depresión y los posibles factores asociados con la misma, en población de adultos mayores del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, durante el período de marzo a mayo del 2018.

Métodos: Para determinar la prevalencia de depresión se aplicará el Test de Yesavage, también se utilizará la Escala socio familiar de Gijón y una encuesta realizada por el investigador para analizar factores de riesgo, asociados con el desarrollo de la depresión, se considerará un valor de p de < 0.05 como estadísticamente significativo. Se calcularán intervalos de confianza al 95%. Se realizarán comparaciones de proporciones en caso de variables cualitativas (Chi cuadrado) y de medias en caso de variables cuantitativas (Pruebas T de student). Los datos, se registrarán en una base de datos en Microsoft Excel y se procesarán en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) en su versión 24.0.

Resultados: La prevalencia de depresión en adultos mayores fue del 55,0%, con predominio en hombres quienes representaron el 59,2%, en divorciados y viudos con el 72,7% y el 72,1% respectivamente, con escolaridad secundaria, correspondiente al 67,0%, en residentes del área rural con el 60,0%, con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, quienes alcanzaron el 77,3%, y en hospitalizados con el 68,2%. Se observó que a mayor riesgo social, mayor porcentaje de depresión, con un coeficiente de correlación de Pearson = 0,37, $p < 0,001$. Se encontró por medio del análisis de OR ajustados que una escolaridad secundaria y la hospitalización constituyen factores de riesgo con

mayores probabilidades de desarrollar depresión, en la primera con 1,40 (OR 2,40) veces más de probabilidades de tener depresión y en los segundos con 1,68 (OR 2,68).

Conclusión: Existe una alta prevalencia de depresión en población de adultos mayores, con factores predisponentes, que pueden ser modificables, si se realiza la atención del adulto mayor por parte de un equipo multidisciplinario, si se toman medidas de prevención, antes del desarrollo de la misma, con un soporte emocional.

ABSTRACT

Depression is a pathology, whose incidence has been increasing over the years, affecting considerably one of the populations considered as vulnerable, the elderly. The National Institute of Mental Health has revealed that approximately 15%, of older adults, have presented at least one episode of depression, in its stage of transition to old age.

Objective: Establish the prevalence of depression and the possible factors associated with it, in the elderly population of the Integral Attention Center for the Elderly, during the period from March to May 2018.

Methods: To determine the prevalence of depression, the Yesavage test will be applied, in addition, the Gijon family partner scale and a survey carried out by the researcher will be used to analyze risk factors associated with the development of the depression, a p-value of <0.05 will be considered as statistically significant. 95% confidence intervals will be calculated. Comparisons of proportions will be made in the case of qualitative variables (Chi square) and of means in the case of quantitative variables (student T tests). The data will be registered in a database in Microsoft Excel and will be processed in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 24.0.

Results: The prevalence of depression in older adults was 55.0%, with predominance in men who represented 59.2%, in divorced and widowed with 72.7% and 72.1% respectively, with secondary schooling, corresponding to 67.0%, in rural residents with 60.0%, with a diagnosis of Parkinson's disease, who reached 77.3%, and in hospitalized with 68.2%. It was observed that the higher the social risk, the higher the percentage of depression, with a Pearson correlation coefficient = 0.37, $p < 0.001$. It was found through the analysis of adjusted OR that secondary schooling and hospitalization are risk factors with greater probabilities of developing depression, in the former with 1.40 (OR 2.40) times more likely to have depression and in the seconds with 1.68 (OR 2.68).

Conclusion: There is a high prevalence of depression in the elderly population, with predisposing factors, which can be modified, if the care of the older adult is carried out by a multidisciplinary team, if prevention measures are taken, before the development of this pathology, also with emotional support.

ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.3. Justificación del problema	3
1.4. Pregunta de investigación	4
CAPÍTULO II	5
DISEÑO METODOLÓGICO	5
2.1. Tipo de estudio.....	5
2.2. Población o universo	5
2.3. Objetivos	5
2.4. Criterios de inclusión	6
2.5. Criterios de exclusión	6
2.6. Tamaño de muestra	7
2.7. Plan de análisis estadístico	8
2.8. Aspectos éticos	9
CAPÍTULO III	10
MARCO TEÓRICO.....	10
3.1 Estado de ánimo	10
3.2. Historia de la depresión.....	11
3.3. Epidemiología de la depresión	12
3.4. Definición de depresión.....	14
3.5. Etiopatogenia	15
3.5.1. Factores biológicos	15
3.5.2. Hipótesis monoaminérgica.....	15
3.5.3. Alteraciones de otros neurotransmisores.....	17
3.5.4. Alteraciones neuroendocrinas.....	18
3.5.5. Trastornos en el sistema inmunológico.....	18

3.5.6. Actividad del eje tiroideo	19
3.5.7. Alteraciones neurofisiológicas del sueño	19
3.5.8. Modificaciones funcionales y estructurales en las áreas del cerebro... 19	
3.6. Factores genéticos	21
3.7. Factores psicosociales	21
3.8. Depresión secundaria	21
3.9. Tipos de depresión.....	22
3.9.1 Trastorno depresivo grave	22
3.9.2 Trastorno distímico	23
3.9.3. Trastorno afectivo estacional	23
3.9.4. Trastorno bipolar	23
3.10. Síntomas de la depresión.....	24
3.11. Diagnóstico	24
3.12. Adulto mayor	26
3.13. Depresión en el adulto mayor	27
3.14. Escala geriátrica de depresión - Test de Yesavage	28
3.15. Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón.....	30
3.16. Factores relacionados con la depresión en adultos mayores.....	31
CAPÍTULO IV	33
RESULTADOS	33
4.1. Descripción de la muestra.....	33
4.2. Análisis bivariado	36
4.3. Análisis de la prevalencia de depresión	42
CAPÍTULO V	52
DISCUSIÓN	52
5.1. Discusión.....	52
CAPÍTULO VI	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	60
6.1. Conclusiones.....	60
6.2. Recomendaciones.....	61

REFERENCIAS.....	63
ANEXOS	67

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

La depresión es un trastorno mental que afecta el estado de ánimo; en la actualidad su prevalencia ha ido en aumento, presentándose y afectando mayoritariamente a los grupos más vulnerables, en esta ocasión se destaca a la población de adultos mayores. De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental, se estima que alrededor del 15% de los individuos mayores de 65 años, han presentado al menos un episodio de depresión, en su etapa de transición a la vejez (Crespo, 2011).

Se considera que el envejecimiento es un fenómeno mundial que por diversos factores ha ido en aumento, por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de natalidad, el avance tanto a nivel científico como tecnológico, entre otros. Se estima que para el año 2050 la población de adultos mayores será del 22% (OMS, 2017). En nuestro país existen 1.049.824 personas, cuya edad es igual o mayor a los 65 años, representando el 6,5% de la totalidad de la población (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013).

A nivel mundial, los estudios que se han realizado sobre depresión en adultos mayores, predominan en Estados Unidos y en Europa, principalmente en España, sin embargo, en América Latina, la investigación sobre este trastorno es menor, existen reportes de México, Costa Rica, Cartagena, Colombia, Cuba y Perú. En Ecuador se han reportado tres estudios sobre depresión en adultos mayores, dos de los cuales fueron realizados en la provincia del Azuay. En el año 2003, en el Ecuador se desarrolló la primera Guía de Atención Integral en Salud Mental para

el Adulto Mayor, pero la misma no ha sido actualizada desde su fecha de elaboración (Romero, 2003).

Se ha podido observar entre los diversos estudios que existen sobre depresión en adultos mayores, que la prevalencia se ha determinado por medio de instrumentos diagnósticos diferentes; en algunos casos se ha realizado el diagnóstico mediante la entrevista psiquiátrica, por el contrario, en otros estudios se valoran las manifestaciones de la enfermedad, a través de la aplicación de escalas, siendo una de las más utilizadas, la escala geriátrica de depresión denominada Yesavage.

1.2. Planteamiento del problema

La prevalencia de la depresión a nivel mundial, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es mayor al 4,4%, afectando aproximadamente a 300 millones de individuos en todo el mundo, destacando como grupos más vulnerables de padecerla a las mujeres, a los jóvenes y a los adultos mayores (OMS, 2018). Es además, importante considerar que cerca del 25% de personas que se encuentran dentro del grupo etáreo de 65 años en adelante, padecen algún tipo de enfermedad psiquiátrica, encontrándose que uno de los de mayor prevalencia es el trastorno depresivo (Borda et al, 2011). Por lo tanto, se puede establecer que la enfermedad depresiva constituye en la actualidad, un problema de salud pública muy importante, que no puede pasar desapercibido, porque es un problema a nivel mundial.

El Ecuador es un país que se encuentra en un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento. En 1970, la población de adultos mayores constituía el 4,2% de la totalidad, en el 2012 formaron parte del 6,7% de la población y se considera que en el 2050 este porcentaje incrementará al 16% (Freire y Waters,

2012). Motivo por el cual se estima que la prevalencia del trastorno depresivo tendrá un incremento directamente proporcional con el envejecimiento. Es relevante considerar que Ecuador ocupa el puesto décimo primero, con una prevalencia del 4,6% de depresión, en América Latina. Se estima que para el año 2050, la prevalencia de este trastorno será del 22%. En cifras absolutas esto quiere decir que aproximadamente 2 mil millones de personas, mayores de 60 años, para ese entonces podrán sufrir de depresión (Redacción médica, 2017).

1.3. Justificación del problema

La depresión no constituye algo normal en el proceso de transición a la vejez, no es algo propio o característico que se deba presentar en la etapa del envejecimiento, sin embargo, se considera a los adultos mayores como un grupo vulnerable, porque se encuentran en una época en la cual habrá muchos cambios tanto en su condición física como mental y social, incluso en el área afectiva algunos ancianos experimentan un tipo de fragilidad emocional. Esto quiere decir, que existen diversos factores que podrían estar relacionados con la aparición de la depresión, por ello es importante conocer qué es lo que más les afecta en esta etapa de su vida, para poder realizar una adecuada intervención.

Durante el transcurso de estos años, se han evidenciado innegables progresos en cuanto al control en las tasas de mortalidad y morbilidad de algunas enfermedades de carácter físico, sin embargo, el mismo avance no se ha observado en las enfermedades de origen psiquiátrico, sin considerar que los trastornos de la mente son más frecuentes hoy en día, principalmente el trastorno depresivo, que es causal de gran parte del deterioro, sufrimiento, y discapacidad que padecen las personas, además tiene gran influjo sobre la calidad de vida de los seres humanos. Si se detectan a tiempo los casos de depresión y si se conoce su prevalencia, se puede ejecutar una acción a tiempo, además, se pueden tomar

medidas adecuadas para la prevención de este trastorno y en aquellos casos de no ser prevenible o estar ya diagnosticada, el intervenir con psicoterapia y medicación contribuirá en gran parte a mejorar la calidad de vida de aquellos adultos mayores que la presentan, permitiéndoles tener una vida saludable y productiva.

Existe limitada información en nuestro país referente a la prevalencia de este trastorno psiquiátrico en población mayor a 65 años, tampoco se conocen cuáles pudieran ser los factores que influyen en su aparición, es por esta razón que se propone realizar este estudio.

1.4. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de la depresión y cuáles son los posibles factores asociados con la misma, en población de adultos mayores del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, durante el periodo de marzo a mayo del 2018?

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal (prevalencia).

2.2. Población o universo

Pacientes adultos mayores, de 65 años de edad en adelante, del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, que se encuentren hospitalizados o acudan al servicio de consulta externa, hospital del día y fisioterapia, de manera ambulatoria.

2.3. Objetivos

Objetivo general:

Establecer la prevalencia de depresión y los posibles factores asociados con la misma, en población de adultos mayores del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, durante el período de marzo a mayo del 2018.

Objetivos específicos:

- Determinar el número de pacientes que presenten depresión.
- Identificar diferencias en el nivel de depresión según el sexo.
- Identificar diferencias en el nivel de depresión entre pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Identificar los factores socio-familiares que influyen en el desarrollo de la depresión.

2.4. Criterios de inclusión

- Pacientes de 65 años en adelante de ambos sexos.
- Pacientes hospitalizados y ambulatorios pertenecientes al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

2.5. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de demencia.
- Pacientes con deterioro cognitivo de moderado a severo.
- Pacientes con enfermedades terminales.
- Pacientes que hayan rechazado la participación en el estudio y no hayan firmado el consentimiento informado.

2.6. Tamaño de muestra

Para determinación de la prevalencia de depresión y considerando una población finita (20000 adultos mayores), una precisión del 3%, un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada del 5% y un porcentaje de posibles pérdidas de 5% se incluirán un total de 211 sujetos.

La fórmula utilizada para determinar el tamaño de la muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Para la selección de los sujetos que formarán parte de la muestra se realizará un muestreo estratificado. Los sujetos se dividirán en dos estratos: pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados. Dentro de cada estrato se realizará un muestreo aleatorio simple partiendo de un listado que se encuentra en el Departamento de Estadística de la institución. Los pacientes seleccionados serán contactados, se verificarán criterios de inclusión y exclusión y se comenzará con el proceso de obtención del consentimiento informado. Una vez que consienta el sujeto en participar, se aplicará la encuesta, el test de Yesavage y la escala sociofamiliar de Gijón. Se evaluarán 15 pacientes diarios para cumplir con el tamaño de muestra calculado.

2.7. Plan de análisis estadístico

Para las variables cualitativas se calcularán frecuencias absolutas y relativas y se realizarán gráficos de sectores o de barras. Para las variables cuantitativas, se calcularán media, medianas y desviación estándar.

Se realizarán comparaciones de proporciones en caso de variables cualitativas (Chi cuadrado) y de medias en caso de variables cuantitativas (Pruebas T de student). Se considerará un valor de p de < 0.05 como estadísticamente significativo. Se calcularán intervalos de confianza al 95%.

Para lograr el primer objetivo específico y determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor se aplicará el Test de Yesavage, el cual es un instrumento validado. Posteriormente, se procederá a calcular la prevalencia de sujetos con depresión según el mencionado test. Se estimarán, además, sus intervalos de confianza al 95%.

Prevalencia puntual = Ct/Nt

Ct= número de casos existentes (prevalentes)

Nt= número total de individuos en la población en ese momento.

Para lograr el segundo y tercer objetivos se compararán los niveles de depresión según sexo y tipo de atención (hospitalizados y ambulatorios). Para esto se compararán las proporciones de pacientes mediante un estadígrafo distribuido χ^2 .

Para lograr el cuarto objetivo se realizará una regresión logística bivariada y multivariada, se calcularán odds ratio y sus intervalos de confianza al 95% para determinar si existe asociación entre la depresión y variables seleccionadas. (Ver matriz de operacionalización de variables en la sección de Anexos)

Conforme se vayan recolectando los datos de las encuestas realizadas, se registrarán en una base de datos en Microsoft Excel en donde serán incluidas

todas las variables previamente establecidas. Se obtendrán datos primarios, debido a que la investigación se efectuará utilizando un instrumento aplicado por el investigador de manera directa a la población de estudio. Como instrumento se utilizará la Escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage, además se aplicará una encuesta que recopila diversos factores que se han relacionado con depresión en el adulto mayor.

Los datos se procesarán en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) en su versión 24.0.

2.8. Aspectos éticos

Todo proceso de investigación debe llevarse a cabo bajo los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se requiere del consentimiento informado de los sujetos que vayan a participar en la investigación, principalmente se refiere a que una vez conociendo el objetivo de la misma, acepten o no la aplicación del test y la encuesta, cuyos resultados serán anónimos, de esta manera se podrán recolectar los datos con información confidencial que las personas de la muestra brinden. De igual manera se requiere de la aprobación por parte del CEISH-UDLA. Esta investigación se realizará bajo lineamientos de autonomía, consentimiento informado, y confidencialidad de la información obtenida de los participantes del estudio (Anexos). No habrá ni costo ni lucro por la participación de los sujetos, y se respetará la privacidad de la información dada. Los datos recolectados de identificación de los pacientes serán presentados de forma confidencial por lo cual serán utilizados códigos para identificar a los sujetos del estudio. Así también se respetará la decisión de los participantes de no desear ser parte del estudio. Se presentará este anteproyecto al Comité de Titulación de la carrera de Medicina de la Universidad de las Américas para su aprobación.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 Estado de ánimo

Al estado de ánimo se lo define como una condición o actitud sentimental u emocional, que se caracteriza por ser persistente y generalizada, va a influir en la conducta, en el pensamiento, en general, en la forma de cómo percibe el mundo un individuo. También se utiliza el término de humor para referirse al estado de ánimo. Existen diversos adjetivos que son utilizados para determinar el estado de ánimo, por ejemplo: triste, alegre, deprimido, irritable, vacío, melancólico, entre otros, siendo todos ellos de naturaleza descriptiva; algunos solamente son percibidos por el paciente, en tanto que otros, son observables por el médico. Puede ser fluctuante y variar de un momento a otro, incluso llegando a los extremos. Cuando existe un trastorno del mismo, se van a presentar determinados signos y síntomas que generan alteraciones a nivel de las funciones cognitivas, actividad y funciones vegetativas como: apetito, sueño, ritmos biológicos, actividad sexual; estos cambios suelen provocar un deterioro personal, laboral y social. Los trastornos del estado del ánimo son parte de las enfermedades mentales o psiquiátricas, aquí se encuentra al trastorno depresivo (Sadock, Alcott y Ruiz, 2015, p. 347).

El estado de ánimo, va a expresar el área afectiva de una persona. Se debe diferenciar con las emociones, ya que las mismas suelen ser de mayor intensidad y transitorias, son de corta duración. Este puede estar determinado por diversas condiciones y factores ya sea a nivel físico, biológico o social, pero hay que considerar que el mismo, no suele ser producto de un estímulo eventual, ya que es más propenso a ser de larga data.

3.2. Historia de la depresión

Los orígenes de la depresión se remontan desde el Antiguo Testamento, cuando se describió que el rey Saúl padecía el síndrome depresivo. De igual manera, Homero en su obra la *Ilíada*, en el canto VI, exhibe la pena que experimenta Belerofonte como consecuencia de sufrir el abandono y la cólera de los dioses, también describe el suicidio de Áyax, un gran guerrero, héroe de los griegos. Las primeras referencias clínicas y conceptuales como tales, surgen con Hipócrates 400 años a.C., quien utilizó los términos de melancolía y manía, dentro de los trastornos mentales, posteriormente Celso, médico romano, en el año 30 d.C., describió a la melancolía, como un tipo de depresión por causa de la bilis negra, que pertenecía a los fluidos corporales, antiguamente conocidos como humores (Sadock, Alcott y Ruiz, 2015, p. 347).

Aristóteles realizó una monografía sobre este problema, Areteo de Capadocia en el siglo I, escribió sobre la melancolía. Alejandro de Tralles, en la Edad Media, otorgó unas páginas de su obra, *Doce libros sobre el arte médico*, a este trastorno, resaltando como etiología del mismo la bilis negra, la abundancia de sangre, la sangre biliosa y ocre. Sin embargo, fue Robert Burton, quien publicó en 1621 el primer texto completamente relacionado a la depresión, la obra titulaba “*Anatomía de la Melancolía*”; por medio de su experiencia personal pudo exponer de la manera más acertada los aspectos negativos de esta patología, además describió los episodios de alegría excesiva, haciendo referencia a la manía, como estado que alterna con el de la depresión. Otra de las aportaciones más importantes del siglo XVII, en su primera mitad, fue la del español Andrés Piquer, ya que describió la enfermedad maníaco-depresiva, que padeció el rey Fernando VI. En tanto que, en la segunda mitad del siglo destacó Cullen, que incluyó dos géneros dentro de la depresión, la melancolía y la manía. Finalmente, Richard Blackmore, fue quien utilizó el término de depresión, vigente hasta la actualidad, en 1725 (Vallejo, 2015, pp. 411-412).

3.3. Epidemiología de la depresión

En forma general, los trastornos del estado de ánimo son patologías muy frecuentes dentro de las enfermedades psiquiátricas, observándose que la depresión tiene la mayor prevalencia, alcanzando el 17% (Sadock, Alcott y Ruiz, 2015, p. 348).

La OMS establece que aproximadamente 300 millones de personas alrededor del mundo sufren de depresión; siendo la misma una de las grandes causas de discapacidad a nivel mundial, de igual manera, puede generar sufrimiento, e influir sobre las actividades cotidianas de un individuo, contribuye al aumento de las tasas de mortalidad, ya que, en ciertos casos puede terminar en un suicidio. Este trastorno afecta tanto a hombres como mujeres, pero los grupos más vulnerables de padecerla son los jóvenes, mujeres y adultos mayores. Existen tratamientos que son efectivos para este trastorno, sin embargo, más del 50% de individuos afectados por el mismo alrededor del mundo, no han recibido ningún tipo de tratamiento (OMS, 2017).

Según informes de la OMS, en el 2015, cerca de 322 millones de personas sufrieron de depresión en todo el mundo, considerando que se presentó un incremento del 18% en comparación con el informe del año 2005. Esta enfermedad es más prevalente en países en vías de desarrollo, donde los datos revelan que tan sólo el 5% de la población con este padecimiento tiene posibilidad de acceder al tratamiento, cifras alarmantes que indican que el 95% restante no recibe la atención necesaria. Alrededor de 800 mil personas se suicidan al año, siendo uno de las grandes causales de este valor, la depresión. Las muertes son más frecuentes en mujeres, en los países de bajos y medianos ingresos, en tanto que en países de altos ingresos la mayor frecuencia pertenece al sexo masculino. La prevalencia de la depresión es del 7,5% entre las mujeres de 55 a 74 años,

mientras que en hombres del mismo grupo etáreo es del 5,5% (Redacción médica, 2017).

Tabla 1

Prevalencia de depresión en Latinoamérica según la OMS

Países de Latinoamérica	Prevalencia
Brasil	5,8%
Cuba	5,5%
Paraguay	5,2%
Chile	5%
Uruguay	5%
Perú	4,8%
Argentina	4,7%
Colombia	4,7%
Costa Rica	4,7%
República Dominicana	4,7%
Ecuador	4,6%
Bolivia	4,4%
El Salvador	4,4%
Panamá	4,4%
México	4,2%
Nicaragua	4,2%
Venezuela	4,2%
Honduras	4%
Guatemala	3,7%

Nota. Redacción médica, 2017

3.4. Definición de depresión

En múltiples ocasiones a lo largo de la vida de una persona, se presentarán situaciones o circunstancias que le generen tristeza, melancolía, sin embargo, estos sentimientos son transitorios, por un motivo justificado, se autolimitan; por el contrario, cuando estos sentimientos afecten la vida cotidiana, influyan sobre las actividades que desempeñe una persona, se va a considerar algo patológico que dará origen a un trastorno depresivo, llegando a afectar no sólo al propio individuo quien lo padece sino a las personas que se encuentran en su entorno, ya sean familiares, compañeros de trabajo o amistades.

De acuerdo a la OMS, la depresión es un trastorno de la mente, constituido por un conjunto de síntomas que incluyen: tristeza, falta de interés, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, cansancio y déficit de atención (OMS, 2017).

La depresión se considera un síndrome que se compone de diversos síntomas, que afectan de manera predominante el área afectiva de un individuo, también pueden presentarse, aunque en menor o mayor intensidad, síntomas de carácter somático, cognitivo o volitivo. Por lo tanto, en este trastorno puede haber afectación tanto a nivel físico como psíquico (Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2006).

El término de depresión puede ser utilizado en tres aspectos como: enfermedad, síndrome o síntoma. Con referencia al primero, se entiende como aquel trastorno cuyo origen es biológico y se puede establecer de manera específica su etiología, desarrollo, presentación clínica, pronóstico, evolución y tratamiento. En cuanto al segundo punto, puede presentarse como acompañante de otros trastornos de origen psiquiátrico y como síndrome reúne diversos síntomas. En ciertas áreas se han establecido tres tipos de condiciones afectivas dentro de la depresión, la primera son los síntomas depresivos, luego se encuentran las depresiones

unipolares, que pueden ser de tipo neuróticas o endógenas y los trastornos bipolares, refiriéndose a la psicosis maníaco depresiva (Vallejo, 2015, pp. 410-411).

3.5. Etiopatogenia

En la depresión existen diversos factores y teorías que se deben considerar para determinar su etiología y fisiopatología, dentro de los cuales encontramos:

3.5.1. Factores biológicos

Los neurotransmisores noradrenalina, serotonina, dopamina e histamina, que son monoamínicos, solían ser el enfoque principal de estudio e investigación dentro de la etiología de la depresión, pero en la actualidad el interés va más allá de analizar a los sistemas por separado, es decir, se analizarán sistemas neuroconductuales, mecanismos neurorreguladores y circuitos neurales. Se considera que las alteraciones de los sistemas monoaminérgicos, que son sistemas neuromoduladores, podrían estar relacionadas con la patología y etiología de este trastorno (Sadock, Alcott y Ruiz, 2015, p. 349).

3.5.2. Hipótesis monoaminérgica

Denominada también hipótesis de las aminas biógenas. La relación que existe entre el sistema noradrenérgico y la depresión, es la disminución de la sensibilidad de los receptores β – adrenérgicos y la regulación negativa. Además, la activación de los receptores presinápticos β_2 , reduce la cantidad de noradrenalina que se ha

liberado, de igual manera con la serotonina, van a regular la cantidad liberada, debido a su localización en neuronas serotoninérgicas. La serotonina es una de las aminas que mayor relación guarda con la depresión, esto se debe a la eficacia que se ha evidenciado con el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como tratamiento para la depresión, se considera que su disminución dará origen a esta patología, se ha demostrado que en pacientes con intentos autolíticos, la concentración del metabolito de este neurotransmisor, en el líquido cefalorraquídeo, es baja, y que en las plaquetas, los lugares de captación también son bajos. A pesar de que la noradrenalina y la serotonina son aminas que se han relacionado con mayor frecuencia a la depresión, no son las únicas, ya que, la dopamina también juega un rol importante, se ha observado que en este trastorno se encuentra reducida, esto puede darse por dos motivos, ya sea por disminución de la actividad del receptor dopaminérgico D1 o alteración de la vía meso límbica dopaminérgica (Sadock, Alcott y Ruiz, 2015, pp. 349-350).

La noradrenalina se produce en el núcleo del encéfalo denominado Locus coeruleus, ubicado en el tallo cerebral y ejerce control sobre: vigilia, apetito, atención, memoria y aprendizaje. La serotonina se genera mayoritariamente en los núcleos del rafe, de manera particular en el núcleo noveno, localizado entre el bulbo raquídeo y la línea media de la protuberancia, tiene acción sobre: secreciones endocrinas, apetito, ciclo de sueño y vigilia, actividad sexual, funciones cardiológicas, movimiento, conducta y sensibilidad del dolor. La producción de la dopamina se da en la sustancia nigra o Locus níger y en las neuronas del área ventral del tegmento del mesencéfalo, actúa como un neurotransmisor de inhibición (Guadarrama, Escobar y Zhang, s.f.)

3.5.3. Alteraciones de otros neurotransmisores

Se ha demostrado que existen otras alteraciones de neurotransmisores en este trastorno, en cuanto a la acetilcolina, tras la realización de la autopsia de pacientes que padecían de depresión, se pudo evidenciar la presencia de valores que no eran normales, del precursor de esta sustancia, que es la colina, esta alteración sería sugerente de anormalidades en la conformación de fosfolípidos celulares. La acetilcolina es producida por las neuronas distribuidas en la corteza cerebral, actúa permitiendo la transmisión de impulsos en el sistema nervioso periférico y central, interacciona con los sistemas noradrenérgico, dopaminérgico y serotoninérgico que son en conjunto los monoaminérgicos (Sadock, Alcott y Ruiz, 2015, p. 350).

El GABA, ácido gamma aminobutírico, es un aminoácido, neurotransmisor, considerado el más grande inhibidor del sistema nervioso central, esto quiere decir, que el organismo utiliza el mismo para reducir la actividad cerebral nerviosa, esto puede producir sensación de relajación y tranquilidad. Es sintetizado por el proceso de descarboxilación del glutamato, esto sucede en las neuronas gabaérgicas en diversas áreas de la corteza cerebral, cerebelo, médula espinal y ganglios basales. Tiene además, efectos inhibitorios sobre la vía meso cortical y meso límbica (García, 2018).

Las concentraciones del GABA se han visto alteradas en la depresión, tanto a nivel de líquido cefalorraquídeo, como plasma y corteza cerebral existe un descenso del mismo. Se considera que el estrés crónico podría no sólo reducir la concentración de esta sustancia, sino producir desaparición de la misma, sin embargo, esto no se ha podido determinar todavía en seres humanos, ya que, la aseveración partió de estudios en animales (Sadock, Alcott y Ruiz, 2015, p. 350).

3.5.4. Alteraciones neuroendocrinas

Existen cambios a nivel del hipotálamo, un aumento excesivo en la secreción de la hormona liberadora de corticotropina, lo que va a producir un aumento de la secreción de corticotropina o ACTH, por la hipófisis, lo que conlleva a que la corteza suprarrenal, secrete una mayor cantidad de cortisol. El cortisol, tiene un ritmo circadiano en su secreción, alcanzando picos elevados por las mañanas, disminuyendo proporcionalmente con el transcurso de las horas, este ciclo presenta alteraciones en aproximadamente el 50% de los pacientes que padecen depresión, en los que se ha observado una secreción elevada y sostenida del cortisol durante todo el día. La acetilcolina y la noradrenalina estimulan la liberación de la CRH u hormona liberadora de corticotropina, al existir alteración a nivel del sistema noradrenérgico, se refuerza la correlación existente entre la depresión y los niveles de esta hormona (Montes, 2013).

3.5.5. Trastornos en el sistema inmunológico

Se relaciona además con alteraciones neuroendocrinas, debido a que pueden presentarse cambios mediados por citocinas, en el hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales. Pueden intervenir algunas células pertenecientes al sistema inmunológico como son: linfocitos T, linfocitos B, macrófagos o monocitos, mismas que podrán actuar de manera directa o indirecta sobre este eje. Directamente, se refiere al actuar sobre la hormona liberadora de corticotropina, mientras que de forma indirecta implica generar resistencia a nivel de receptores de glucocorticoides, esto se traduce en una hiperexcitabilidad del eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal (Montes, 2013).

3.5.6. Actividad del eje tiroideo

De los pacientes que tienen depresión, alrededor del 5 al 10%, presentan algún desorden tiroideo, particularmente con elevados niveles de TSH, hormona estimulante de la tiroides, y bajos niveles de FT4, lo que indica un predominio de hipotiroidismo, que no ha sido diagnosticado previamente. También se han podido determinar concentraciones elevadas de hormona liberadora de tirotrópina (TRH) y la presencia de anticuerpos antitiroideos, en aproximadamente el 9 al 25% de estos pacientes, lo cual es sugerente de una tiroiditis autoinmune de base (Sadock, Alcott y Ruiz, 2015, p. 351).

3.5.7. Alteraciones neurofisiológicas del sueño

La depresión se ha relacionado con aumento del estado de vigilia y pérdida del sueño. Existen particularmente cuatro manifestaciones que son: aumento del sueño REM, sueño de rápidos movimientos oculares, también conocido como paradójico, es la fase 5 del ciclo del sueño en la que se presentan movimientos de los ojos y de pequeños músculos del rostro, existe un aumento de frecuencia cardíaca, respiratoria, y presión arterial. Además, habrá un aumento en los despertares nocturnos, por lo tanto una disminución de las horas de sueño, y elevación de la temperatura corporal (Sadock, Alcott y Ruiz, 2015, p. 351).

3.5.8. Modificaciones funcionales y estructurales en las áreas del cerebro

A través de estudios por imagen como la resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía por emisión de positrones, se han podido determinar

alteraciones en ciertas áreas cerebrales, de los pacientes con diagnóstico de depresión, por ejemplo, a nivel de corteza prefrontal, hipocampo y amígdala (Díaz y González, 2012).

En el hipocampo se observó asimetría de los hemisferios y descenso de la sustancia blanca. También se evidenció menor volumen de sustancia gris con predominio en el hipocampo izquierdo frente al derecho. Este hallazgo se presentó más en los hombres que en las mujeres. En cuanto a la amígdala, lo más discutido ha sido su volumen, algunos estudios indicaron que el tamaño de la amígdala en pacientes con diagnóstico de depresión podía ser normal en algunos casos, pero en la mayoría, su volumen era menor, mientras que en los que recibían medicación se encontró un aumento del volumen. Esto apoya la asociación entre la depresión y una disminución del volumen de la amígdala. Con referencia a cambios en la corteza cerebral, se estableció que el volumen de la corteza orbitofrontal y de subregiones prefrontales era menor. Otro hallazgo fue la disminución, en la sexta capa de la corteza del cíngulo anterior, del tamaño de las neuronas y de la densidad glial. Debido a que la glía colabora en la neurotransmisión y las funciones sinápticas por su relevante efecto metabólico sobre las neuronas, una anomalía en su función conlleva una alteración en la función neuronal, lo que podría predisponer a un individuo al desarrollo del trastorno depresivo (Díaz y González, 2012).

El metabolismo de la glucosa también desempeña un rol importante en la sintomatología de la depresión, por ejemplo, se ha relacionado un aumento del metabolismo de la glucosa en mesencéfalo, sistema límbico, corteza parietal inferior, áreas ventrales de ganglios basales, tálamo, corteza prefrontal temporal y ventromedial, con mayor severidad de los síntomas en esta patología. Los trastornos del sueño se relacionan con aumento de la actividad en zonas corticales y subcorticales (Díaz y González, 2012).

3.6. Factores genéticos

Se ha determinado la existencia de una predisposición genética, ya que podría afectar a individuos dentro de una misma familia. Diversos estudios indican que aproximadamente el 50 a 70%, corresponde a la genética dentro de los trastornos del estado de ánimo. Por ejemplo, si alguno de los padres padece de depresión, los hijos tienen un riesgo del 10 al 25% de desarrollar la misma patología, por el contrario si los dos padres son los afectados, el riesgo se duplica (Montes, 2013).

3.7. Factores psicosociales

En este punto se consideran diversos aspectos y teorías por ejemplo el estrés que se presenta en el primer episodio de la depresión puede provocar cambios biológicos en el cerebro que son de larga data, mismos que pueden llevar a alteraciones funcionales crónicas. Otros destacados son: desempleo, pérdida del cónyuge, pérdida de los padres antes de los 11 años de edad, pérdida imaginaria o real de objetos, perturbaciones en la relación madre – hijo en los primeros 18 meses de vida, baja autoestima (Montes, 2013).

3.8. Depresión secundaria

Por motivos de padecer una enfermedad previa, por tratamientos de la misma, y demás factores asociados, en este grupo se encuentran las siguientes:

- Enfermedades neurológicas: Trauma craneoencefálico, accidente cerebro vascular, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple.
- Enfermedades infecciosas: VIH-Sida, neurosífilis.

- Enfermedades cardiológicas: Cardiomiopatías, isquemia, insuficiencia cardiaca.
- Enfermedades endocrinas metabólicas: diabetes mellitus, hipotiroidismo, déficit de vitaminas.
- Enfermedades inflamatorias: Síndrome de intestino irritable, alteraciones vasculares del colágeno, trastorno hepático crónico, artritis reumatoide.
- Neoplasias: Cáncer, tumores.
- Medicamentos: Interferones, glucocorticoides

3.9. Tipos de depresión

Existen diversos tipos de trastornos depresivos, dentro de los cuales encontramos principalmente: trastorno depresivo grave, trastorno distímico, depresión psicótica, depresión posparto y trastorno afectivo estacional.

3.9.1 Trastorno depresivo grave

Conocido también como trastorno depresivo mayor, agrupa diversos síntomas de tipo afectivo, cognitivo, somáticos y volitivos. Es incapacitante ya que afecta el desarrollo normal del individuo en sus actividades, impidiéndole disfrutar aquello que antes le resultaba placentero (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015).

3.9.2 Trastorno distímico

Denominado también como distimia, los síntomas no son tan graves como en el trastorno depresivo mayor, son de duración larga, generalmente de dos años o más, no resulta incapacitante pero puede interferir en el desenvolvimiento de la vida cotidiana, dentro de este trastorno encontramos la depresión psicótica y la depresión posparto, siendo la primera, aquella depresión que va de la mano con la psicosis, por presencia de delirios, disolución de la realidad y alucinaciones; en tanto que la segunda, suele presentarse en aproximadamente el 10 al 15% de mujeres, posteriormente de haber dado a luz, dentro del primer mes (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015).

3.9.3. Trastorno afectivo estacional

Es un tipo de depresión que aparece generalmente en la época de invierno, suele desaparecer en presencia de estaciones cálidas, donde predomina la presencia de la luz solar, como es en el verano o en la primavera, dentro de su terapia se considera a la terapia de luz ya que ha demostrado su efectividad en el 50% de los casos (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015).

3.9.4. Trastorno bipolar

Se denomina también enfermedad maniaco depresiva, es menos frecuente, en este tipo de trastorno existen cambios constantes del estado de ánimo, con picos elevados y bajos, como lo son la manía y depresión respectivamente (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015).

3.10. Síntomas de la depresión

El Instituto Nacional de Salud Mental, ha establecido que los síntomas de la depresión son los siguientes: sentimientos de pesimismo y desesperanza, tristeza, pérdida de interés por aquellas actividades que antes resultaban placenteras, fatiga, irritabilidad, ansiedad, insomnio, despertares nocturnos, o hipersomnia, pérdida del apetito, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015).

3.11. Diagnóstico

El diagnóstico se puede realizar por medio de una buena y completa historia clínica, apoyándose en el examen mental, de preferencia realizado por un médico psiquiatra. Se pueden utilizar además instrumentos como escalas validadas y basarse en los criterios diagnósticos establecidos por el CIE-10 o el DSM-IV tanto para establecer que esta patología esté presente como para determinar la gravedad de la misma, a continuación encontramos los criterios diagnósticos generales de episodio depresivo del CIE-10:

Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10
A) El episodio depresivo debe durar por lo menos dos semanas.
B) El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico.
C) Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos: <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.

- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Adaptado de la OMS. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A) Criterios generales para episodio depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico.

B) Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C) Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa

<p>excesiva e inadecuada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo. 7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
D) Puede haber o no síndrome Somático*
<p>Episodio depresivo leve: Dos o tres síntomas del criterio B. El individuo se encuentra apto para seguir realizando la mayor parte de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: Por lo menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. El individuo presentará dificultades para realizar sus actividades cotidianas.</p> <p>Episodio depresivo grave: Deben presentarse los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. En este punto las personas presentan síntomas marcados, predominando la baja autoestima, delirios de culpa y de ruina, ideación suicida, síntomas somáticos importantes. Pueden incluso haber síntomas psicóticos como estupor, retardo psicomotor y alucinaciones. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.</p>
Fuente: Adaptado de la OMS. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

3.12. Adulto mayor

La OMS establece que aquellas personas cuya edad se encuentre en el rango de 60 a 74 años, pertenecen a la edad avanzada, de 75 a 90 años corresponden a

los ancianos, y a los mayores de 90 años se les considera como grandes longevos (OMS, 2015).

La definición de la vejez o la tercera edad puede variar dependiendo los autores, por ejemplo, algunos definen a esta etapa a partir de los 60 años, o de los 65 a 70 años, en tanto que para otros se considera inclusive una definición de carácter social.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estipula que toda persona mayor a 60 años, en países en vías de desarrollo, es considerada anciana, por el contrario en países desarrollados es a partir de los 65 años que se utiliza este término, por lo tanto en Ecuador se va a considerar al adulto mayor como a la persona mayor de 60 años, de acuerdo a esta definición (ONU, 2015).

En la actualidad se considera que el Ecuador se encuentra en el transcurso pleno del envejecimiento. En el año de 1970 la población de adultos mayores representaba el 4,2%, ahora constituyen el 6,7%, y se espera que para el año 2050 represente el 16% del total de la población (Quintanar, 2010).

3.13. Depresión en el adulto mayor

Según la OMS, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes dentro de la población de adultos mayores, registrándose que el 25% de individuos pertenecientes al grupo etáreo mayor a 65 años, sufre de algún tipo de enfermedad psiquiátrica, donde la mayor prevalencia corresponde a los trastornos del estado de ánimo, principalmente con tendencia a la depresión (OMS, 2017).

Es importante considerar que la depresión no constituye algo normal del proceso de envejecimiento. Muchos adultos mayores continúan con su vida sintiéndose satisfechos con la misma, incluso considerando que sus dolencias físicas han ido

en aumento. Pero cuando ésta se presenta, en muchas ocasiones puede pasar desapercibida, puesto que en esta etapa de la vida los síntomas pueden no ser tan evidentes.

Otro aspecto fundamental que se debe tomar en cuenta, es que la mayoría de ancianos van a tener alguna enfermedad de base, en este punto de sus vidas, ya sea de origen cardíaco, neurológico, oncológico, entre otras, que le pueden generar síntomas característicos de la depresión, por lo cual es importante, que la patología se encuentre controlada, para no subdiagnosticar una depresión, también se debe considerar que algunos medicamentos pueden producir síntomas compatibles con depresión.

La etapa del envejecimiento, es un periodo en el cual la persona atraviesa por diversos cambios que pueden constituir factores de riesgo para que la depresión aparezca y en caso de padecerla previamente, para que empeore. Dentro de estos cambios se encuentran: tener que mudarse a otra vivienda o a un geriátrico, padecer un dolor crónico, sentirse solo y aislado de la sociedad debido a que sus familiares se han alejado, sufrir la pérdida del cónyuge, y sobre todo se destaca en algunos casos el perder la capacidad de ser independientes, ya sea por requerir ayuda para movilizarse, para comer, en sí tener dificultad y requerir de apoyo en sus actividades cotidianas. A esto también se puede sumar en algunos casos, la pérdida de la memoria, la pérdida del empleo, generándoles una situación de invalidez al percibir ingresos económicos menores a los usuales e incluso en algunos casos, en los que pasan a no tener ningún ingreso económico.

3.14. Escala geriátrica de depresión - Test de Yesavage

La escala geriátrica de depresión, creada por Yesavage, et al., es un cuestionario que se utiliza en población geriátrica, es decir en adultos mayores a partir de los

65 años en adelante, como instrumento de cribado para depresión. Esta ha sido validada y utilizada de manera extensa en su población diana (Kurlowicz y Greenberg, 2007).

Su versión completa consta de 30 preguntas, pero existen dos versiones cortas una conformada por 15 preguntas y la otra por 5. Para el presente estudio se utilizará la versión abreviada de 15 preguntas, que fue creada en 1986, por medio de la selección de aquellas preguntas del cuestionario completo, que tenían mayor correlación con los síntomas de la depresión, en los estudios que se realizaron de validación. Las preguntas tienen dos opciones de respuesta, por lo tanto son dicotómicas, pudiendo elegir entre el SI o el NO, refiriéndose a cómo se han sentido en la última semana (Kurlowicz y Greenberg, 2007).

Se enfoca en la investigación de síntomas de origen cognoscitivo del episodio depresivo mayor, durante las últimas semanas, y no considera los síntomas somáticos de la depresión, por la elevada prevalencia de los mismos en adultos mayores, pudiendo influir sobre la validez de la prueba (Kurlowicz y Greenberg, 2007).

La escala de Yesavage puede aplicarse tanto a aquellos adultos mayores que gozan de buena salud, como a aquellos que padecen de alguna enfermedad médica, incluso a los que presentan deterioro cognitivo de leve a moderado (Kurlowicz y Greenberg, 2007).

Esta escala reveló tener una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89%, cuando fue aplicada junto con criterios diagnósticos. Su confiabilidad y validez se han establecido a través de investigaciones clínicas y de su utilización en la consulta médica (Kurlowicz y Greenberg, 2007).

En cuanto a la interpretación de los resultados se debe asignar un punto en cada respuesta marcada con un asterisco, se suma el total de puntos al finalizar la

encuesta y se identifica al grupo que pertenece siendo las opciones, los siguientes:

Puntuación	
0 a 5	No hay depresión
6 a 10	Depresión leve
Mayor a 10	Depresión establecida

3.15. Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón

La Escala de valoración sociofamiliar de Gijón permite valorar la situación social de un individuo, está dirigida principalmente a los adultos mayores de 65 años en adelante, que son la población diana de la misma. Contribuye en la identificación de problemática social o situaciones de riesgo por las que podría encontrarse atravesando un adulto mayor. Es una escala heteroadministrada que valora cinco aspectos fundamentales del entorno social, los cuales son: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. Dentro de cada aspecto encontramos cinco opciones de respuesta, donde sólo una debe ser seleccionada, las opciones se presentan desde una situación social considerada ideal o en la que no existe problemática social, a la cual se le asigna el valor de un punto, hasta la última opción a la cual se le asigna cinco puntos por representar ya un problema social, finalmente la puntuación obtenida en cada aspecto se debe sumar, para obtener un puntaje global (Alarcón, 2014).

Este instrumento se ha incorporado dentro de las escalas de valoración integral del adulto mayor, desde el año de 1997, es considerada de gran utilidad en la práctica asistencial de los profesionales del área de la salud (Alarcón, 2014). A continuación se encuentran los puntos de corte para determinar el nivel de riesgo social:

Puntuación	
Menor a 10	Riesgo social bajo
10 a 16	Riesgo social intermedio
Mayor o igual a 17	Riesgo social elevado (problemática social)

3.16. Factores relacionados con la depresión en adultos mayores

Existen diversos factores que se han relacionado con el desarrollo de la depresión y la condición del adulto mayor, debido a que es considerado un grupo vulnerable y a que en esta etapa de su vida atraviesan por muchos cambios a nivel biológico, físico y mental.

Analizando factores demográficos a través de diversos estudios se encuentra un predominio de depresión en el sexo femenino, en sujetos viudos y divorciados, en los residentes de instituciones geriátricas que se encuentran aislados, en pacientes hospitalizados, también se ha observado un gran porcentaje de depresión en los adultos mayores que habitan en el área rural y en los que tienen un bajo nivel de escolaridad (Calderón, 2018).

En el aspecto biológico, se consideran las enfermedades orgánicas, donde se logró asociar las enfermedades cardiovasculares, endocrino metabólicas, y accidente cerebrovascular, como de alta prevalencia en el desarrollo de la depresión. También se considera el deterioro funcional, como factor de riesgo, debido a que el presentar algún tipo de dependencia física, genera en el adulto mayor sentimientos de inutilidad, el ver disminución en la capacidad de realizar sus actividades cotidianas, afecta de manera negativa su estado emocional y calidad de vida. Un estudio realizado en México, con pacientes hospitalizados

comprueba que el 62% de sujetos que presentaban algún grado de dependencia presentaron depresión, lo que demuestra una relación importante entre disfunción y depresión. El deterioro cognitivo y la depresión guardan una importante relación, con extensa evidencia científica, pudiendo ser la primera un signo inicial de demencia, en tanto que otros pacientes con depresión, permanecen asintomáticos hasta que no presenten demencia (Calderón, 2018).

Otro factor de riesgo, es la condición social del adulto mayor, las investigaciones revelan que el aislamiento favorece el desarrollo de la depresión o al agravamiento de la misma en caso de ya padecerla, considerando a las actividades sociales como un factor protector. Los ingresos económicos han demostrado ser relevantes en esta etapa de la vida, ya que a mayor edad, mayores son las necesidades de los adultos mayores para poder tener una buena calidad de vida, como por ejemplo: transporte, alimentación, medicinas, son tan sólo unos de los múltiples requerimientos del adulto mayor, el no disponer de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades, podría ser un desencadenante de depresión (Calderón, 2018).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra

El total de participantes de la investigación fueron 211 individuos, los resultados del análisis descriptivo señalan que la edad mínima de los participantes fue de 65 años y la máxima 95 años, con una Media de 77,8 y Desviación estándar (DE) de 8,2 años.

Tabla 2

Características generales de la muestra

	No	%
Sexo		
Masculino	98	46,4
Femenino	113	53,6
Estado civil		
Soltero	21	10,0
Casado	93	44,1
Divorciado	11	5,2
Viudo	86	40,8
Escolaridad		
Primaria completa	36	17,1
Primaria incompleta	63	29,9
Secundaria completa	38	18,0
Secundaria incompleta	34	16,1
Bachillerato completo	15	7,1

Bachillerato incompleto	1	0,5
Superior completa	3	1,4
Ninguna	21	10,0

Interpretación: En cuanto a las características predominantes de la muestra, se pudo establecer que existe un predominio del sexo femenino representando el 53,6% de la totalidad de participantes, mientras que al sexo masculino corresponde el 46,4% restante. En cuanto al estado civil, se observó que prevalecía la condición de casado/a con un 44,1%, seguido de la condición de viudo/a con el 40,8%, a continuación el estado de soltero/a con el 10,0% y finalmente la condición de divorciado/a con un 5,2%, ningún participante del estudio se encontraba dentro de la condición de unión libre, como respuesta a su estado civil. En referencia al nivel de escolaridad, la mayor parte de los participantes alcanzaron un nivel de instrucción de primaria incompleta correspondiente al 29,9%, seguido de un 18,0% que correspondía al nivel de secundaria completa, muy seguido del nivel de primaria completa con el 17,1% y el de secundaria incompleta con el 16,1%, se pudo evidenciar que el menor porcentaje se atribuyó al bachillerato incompleto, representando el 0,5% sin embargo, tres participantes de la totalidad, confirmaron haber llegado a obtener un nivel de instrucción superior completa, significando el 1,4%. Se pudo establecer además que el 10,0% de la población no tenía ningún nivel de escolaridad, en tanto que, no se encontró a ningún participante perteneciente a la categoría de nivel de instrucción superior incompleta y estudios de cuarto nivel.

Tabla 3

Participantes según área de residencia, antecedentes patológicos personales y condición

	No	%
Área de residencia		
Urbana	191	90,5
Rural	20	9,5
Antecedentes patológicos personales		
Hipotiroidismo	50	23,7
Enfermedad de Parkinson	22	10,4
Enfermedad Coronaria	29	13,7
Artritis Reumatoide	19	9,0
Ninguna de las anteriores	91	43,1
Condición		
Ambulatoria	126	59,7
Hospitalización	85	40,3

Interpretación: El área de residencia, los antecedentes patológicos personales y la condición de cada paciente también fueron características analizadas en la población, en cuanto al área de residencia se pudo identificar que de los 211 participantes, 191 personas habitan en la zona urbana, mientras que los 90 restantes, en la zona rural, representando el 90,5% y el 9,5% respectivamente. A cerca de los antecedentes patológicos personales se tomaron en cuenta cuatro patologías específicas: Hipotiroidismo, Enfermedad de Parkinson, Artritis Reumatoide y Enfermedad coronaria; se encontró que el 43,1% de los participantes no tenían ninguna patología asociada, referente a las mencionadas en el estudio, representando la mayoría. El 23,7% restante de la población tenía el diagnóstico de Hipotiroidismo, seguido del 13,7%, con el diagnóstico de Enfermedad coronaria, el 10,4% con Enfermedad de Parkinson y finalmente el 9%

con diagnóstico de Artritis Reumatoide correspondiendo al menor porcentaje. Para analizar la condición del paciente se tomaron en cuenta dos circunstancias, la primera en la que el paciente acudía al hospital de manera ambulatoria, siendo la más representativa en este estudio, ya que 126 personas pertenecieron a esta categoría representando el 59,7% y la segunda, en la que el paciente se encontraba hospitalizado, siendo la de menor porcentaje con el 40,3%, debido a que sólo 85 participantes formaron parte de esta condición.

4.2. Análisis bivariado

A continuación, se describe la muestra según variables seleccionadas y condición de los sujetos con atención ambulatoria u hospitalización.



Figura 1. Porcentaje de sujetos según atención recibida

Interpretación: En la figura 1 se puede observar que aproximadamente el 60% de los sujetos al momento de realizar la encuesta recibían atención ambulatoria, es decir que acudían a los servicios del hospital de consulta externa, fisioterapia, únicamente por tiempo definido, posteriormente, abandonaban el establecimiento. En tanto que, alrededor del 40% de pacientes se encontraban hospitalizados.

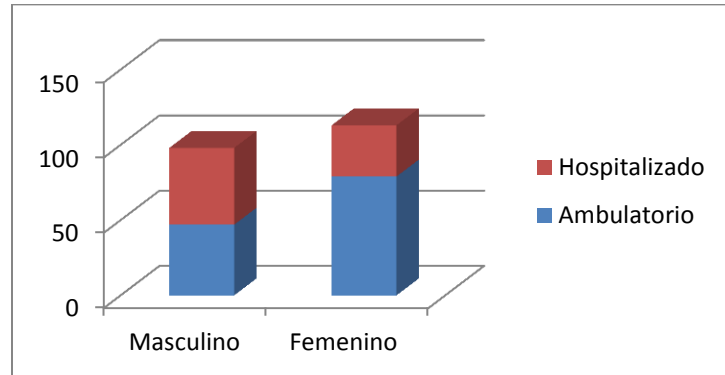


Figura 2. Análisis comparativo de la condición de los pacientes en relación con el sexo

Interpretación: El sexo femenino es el que predomina en la población de estudio, dentro del mismo encontramos que la condición de la mayoría de las pacientes fue la ambulatoria, representando el 70,0%, mientras que el porcentaje de pacientes hospitalizadas fue del 30,0%. En cuanto al sexo masculino, por el contrario, existió un predominio de la condición de hospitalizados correspondiendo al 52.04%, y el 47,9% restante perteneció a los pacientes que acudían de manera ambulatoria. Existen diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos de sujetos. ($p=0,00$).

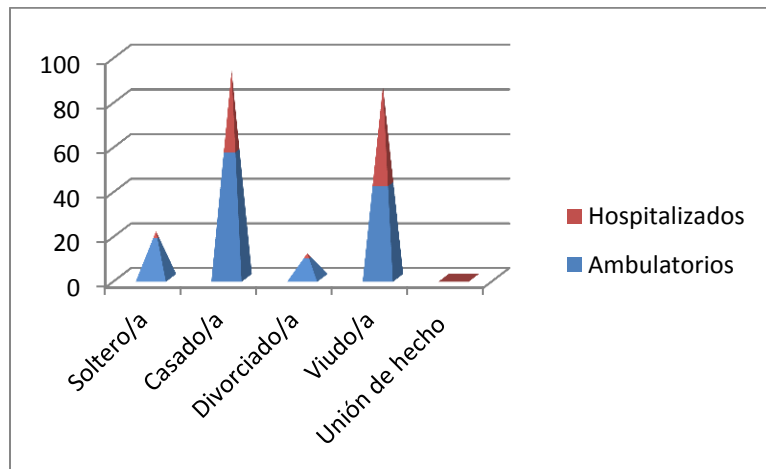


Figura 3. Análisis comparativo de la condición de los pacientes en relación con su estado civil

Interpretación: El mayor porcentaje de los sujetos se encontraban casados o viudos, correspondiendo al 44,1% y al 40,8% respectivamente. De los sujetos casados, el 61,3% acudían de forma ambulatoria y el 38,7% se encontraban hospitalizados. En los sujetos viudos, de manera inversa, el mayor porcentaje perteneció a los pacientes hospitalizados con el 51,2%, en tanto que el 48,8% restante, a los pacientes ambulatorios. En los sujetos solteros y divorciados existió predominio de la condición de acudir de forma ambulatoria con el 85,7%, y el 81,8% respectivamente, ya que el menor porcentaje se lo llevaban los pacientes hospitalizados correspondiendo al 14,3% en los sujetos solteros y al 18,1% en los sujetos divorciados. De forma general, el mayor porcentaje corresponde a los pacientes ambulatorios. Se encontraron diferencias significativas entre sujetos hospitalizados y ambulatorios. ($p=0,00$).

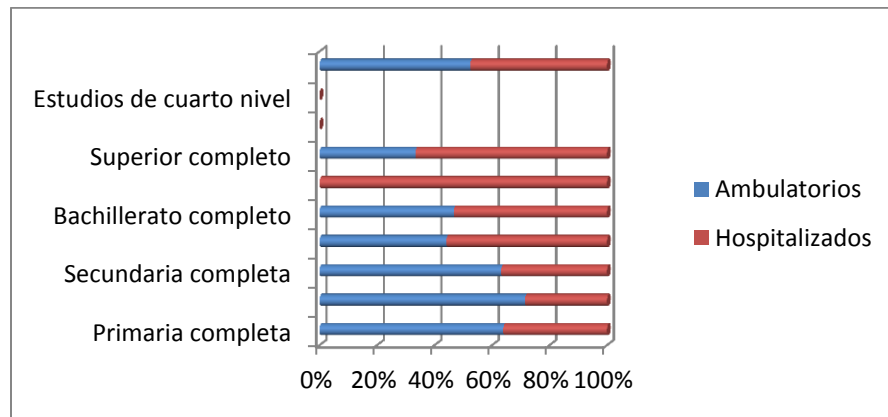


Figura 4. Análisis comparativo de la condición de los pacientes en relación con su nivel de escolaridad

Interpretación: La mayor parte de los sujetos alcanzaron un nivel de instrucción de primaria incompleta con el 29,9%, de este grupo el 71,4% acudían de forma ambulatoria, y el 28,5% se encontraban hospitalizados. De los sujetos que se encontraron dentro de la categoría de secundaria completa, con el 18,0%, hospitalizados tan solo representaban el 36,8%, en tanto que, el 63,1% correspondía a los pacientes ambulatorios. En la categoría de primaria completa, el mayor porcentaje está representado por los pacientes ambulatorios, con el 63,8%, mientras que los hospitalizados corresponden al 36,1% restante. En la de secundaria incompleta, por el contrario, el mayor porcentaje se lo llevan los hospitalizados con el 55,8% y el 44,1% restante, los pacientes ambulatorios. En los sujetos con nivel de instrucción de bachillerato completo, bachillerato incompleto, y superior completa, el mayor porcentaje le pertenece a los sujetos hospitalizados con el 53,3%, 100,0% y 66,7% respectivamente, siendo los ambulatorios los que menor porcentaje representan con el 44,7%, 0,0% y 33,3%, según corresponde. Por otro lado, en los sujetos con ningún nivel de instrucción el 52,4% eran ambulatorios y el 47,6% hospitalizados. Pudiendo establecer que no existen diferencias estadísticas significativas en relación a la escolaridad ($p=0,12$).

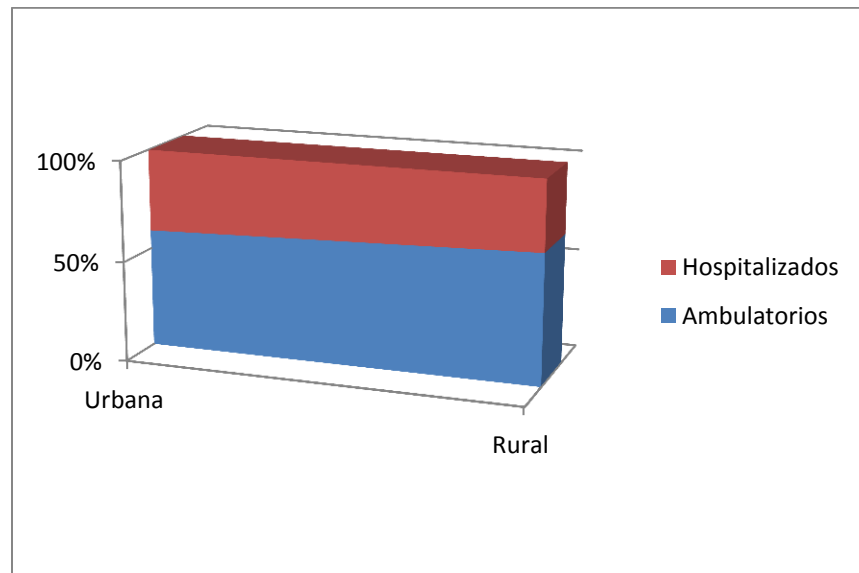


Figura 5. Análisis comparativo de la condición de los pacientes en relación con su nivel de escolaridad

Interpretación: El 90,5% de los sujetos, habitan en una zona urbana, dentro de la cual, el 59,1% acuden de forma ambulatoria, representado la mayoría y el 40,8% restante correspondía a los pacientes hospitalizados, de manera muy similar, de los pacientes que residen en un área rural, la mayoría corresponde a los que acuden de manera ambulatoria con el 65,0% y los hospitalizados representan el 35,0%. De tal modo se establece que no existen diferencias estadísticas significativas en relación al área de residencia ($p=0,61$).

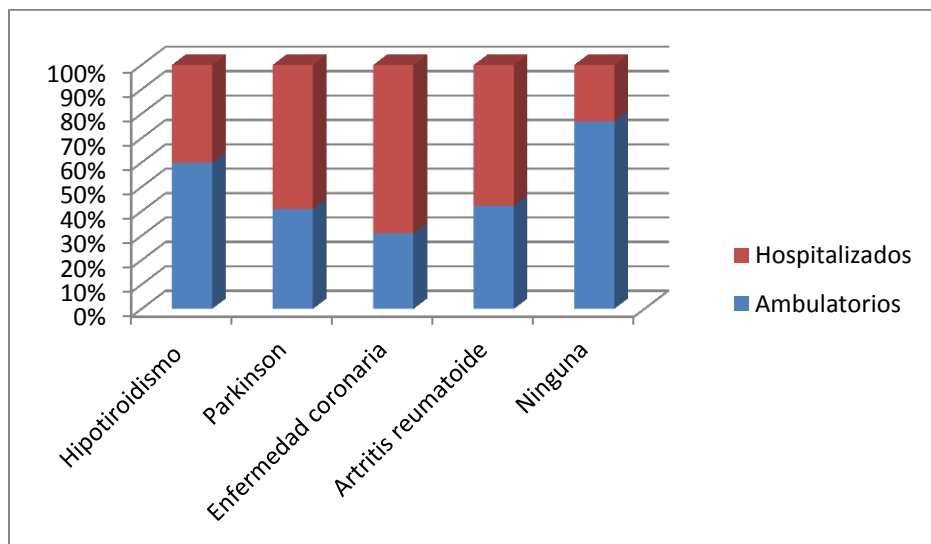


Figura 6. Análisis comparativo de la condición de los pacientes en relación con sus antecedentes patológicos personales

Interpretación: El mayor porcentaje corresponde a los sujetos que no presentan ninguna patología de las mencionadas en este estudio, dentro de este grupo el 76,9% fueron pacientes ambulatorios y el 23,0% se encontraban hospitalizados. La patología de mayor prevalencia fue el Hipotiroidismo con el 23,7%, de los cuales el 60% de sujetos acudían de manera ambulatoria y el 40% restante, estaban hospitalizados. En los sujetos con Enfermedad coronaria, Enfermedad de Parkinson y Artritis reumatoide, que representaron el 13,7%, 10,4% y 9,0%, respectivamente, el porcentaje fue muy similar en cuanto a la condición del paciente ya que el mayor porcentaje correspondía a los sujetos hospitalizados con el 69,0% en la Enfermedad coronaria, el 59,1% en la Enfermedad de Parkinson y el 57,9% en la Artritis reumatoide. Con el 31,0% restante para la Enfermedad coronaria, el 40,9% para le Enfermedad de Parkinson y el 42,1% para la Artritis reumatoide, por lo tanto se puede establecer que se encontraron diferencias significativas entre sujetos hospitalizados y ambulatorios teniendo en cuenta los antecedentes patológicos personales. (p=0,00)

4.3. Análisis de la prevalencia de depresión

Tabla 4

Número de sujetos según puntaje de Yesavage

	No	%
Menos de 6	97	46,0
Entre 6 y 10 puntos	84	39,8
Mas de 10 puntos	30	14,2
Total	211	100,0

Interpretación: En la Tabla 3, se observa que la mayoría de los sujetos, con el 46,0%, obtuvieron un puntaje menor a 6 en el Test de Yesavage, compatible con que no presentaban depresión. El 39,8% presentaban entre 6 y 10 puntos, lo que coincide con una leve depresión, y el 14,2% restante alcanzaron una puntuación mayor a 10, lo que determina una depresión establecida. Además, se constató que la media de puntaje de Yesavage fue de 6,1 con una DE de 3,1.

Tabla 5

Sexo

Test de Yesavage	Menos de 6 puntos		Más de 6 puntos		Total	Valor de p
	No	%	No	%		
Masculino	40	40,8	58	59,2	98	
Femenino	57	50,4	56	49,6	113	0,16
Total	97	46,0	114	54,0	211	

Interpretación: Al agrupar en un puntaje de menos de 6 (No depresión) y más de 6 puntos de esta escala (depresión leve y depresión establecida), se halló lo siguiente: se presentó depresión leve y depresión establecida en el 54,0% de los sujetos, de los cuales 49,6% fueron del sexo femenino y el 59,2% restante, representado la mayoría, fueron del sexo masculino; estos resultados no

presentaron significación estadística ($p > 0,05$), sin embargo, se puede determinar el predominio de la depresión en el sexo masculino sobre el sexo femenino.

Tabla 6

Estado civil

Test de Yesavage	Menos de 6 puntos		Más de 6 puntos		Total	Valor de p
	No	%	No	%		
Soltero/a	10	47,6	11	52,4	21	* 0,05
Casado/a	51	54,8	42	57,0	93	
Divorciado/a	2	18,2	9	72,7	11	
Viudo/a	34	39,5	52	72,1	86	
Unión de hecho	0	0	0	0	0	
Total	97	46,0	114	54,0	211	

Interpretación: El mayor porcentaje de depresión se pudo evidenciar en los sujetos divorciados y en los viudos, con el 72,7% y el 72,1% respectivamente, seguido del 57,0% en los casados y el 52,4% en los solteros. Una minoría fue la que obtuvo un puntaje menor a 6, en todas las condiciones de estado civil, en los solteros fue del 47,6%, en los casados del 54,8%, en los divorciados del 18,2% y en los viudos del 39,5%. Existen diferencias estadísticas significativas entre el nivel de depresión y el estado civil. ($p = 0,05$).

Tabla 7

Escolaridad

Test de Yesavage	Menos de 6 puntos		Más de 6 puntos		Total	Valor de p
	No	%	No	%		
Primaria	65	54,2	55	45,8	120	* 0,00
Secundaria	29	33,0	59	67,0	88	

Superior	3	100,0	0	0,0	3
Total	97	46,0	114	54,0	211

Interpretación: Para poder relacionar el nivel de depresión con el grado de escolaridad, se agrupó a esta característica en tres categorías, la de primaria la que involucra a aquellos sujetos que tuvieron un nivel de instrucción de primaria incompleta, completa o ningún nivel de instrucción, el de secundaria que integraba al nivel de secundaria completa e incompleta, bachillerato completo e incompleto y el de superior haciendo referencia a superior completo o incompleto y estudios de cuarto nivel. En la categoría de secundaria el 67,0% de sujetos tenía más de 6 puntos y el 33,0% menos de 6, fue en la única categoría en la que la mayoría de sujetos presentaron depresión, ya que en la de primaria, el 54,2% tuvieron menos de 6 puntos y el 45,8% más de 6. Finalmente en el nivel superior, la totalidad de sujetos pertenecientes a esta categoría tuvieron menos de 6 puntos. Existen diferencias estadísticas significativas entre el nivel de depresión y el nivel de escolaridad. ($p=0,00$).

Tabla 8

Área de residencia

Test de Yesavage	Menos de 6 puntos		Más de 6 puntos		Total	Valor de p
	No	%	No	%		
Urbana	89	46,6	102	53,4	191	0,57
Rural	8	40,0	12	60,0	20	
Total	97	46,0	114	54,0	211	

Interpretación: En cuanto al lugar de residencia, aquellos sujetos que habitan en la zona rural presentaron un mayor porcentaje de depresión, con el 60%, mientras que los que residen en zona urbana alcanzaron el 53,4%, sin embargo, no existió una diferencia marcada ya que el 46,6% de habitantes de la zona urbana obtuvieron menos de 6 puntos y 40,0%, los de la zona rural. No existen diferencias

estadísticas significativas entre el nivel de depresión y el área de residencia ($p=0,57$).

Tabla 9

Antecedentes Patológicos Personales

Test de Yesavage	Menos de 6 puntos		Más de 6 puntos		Total	Valor de p
	No	%	No	%		
Hipotiroidismo	18	36,0	32	64,0	50	* 0,00
Parkinson	5	22,7	17	77,3	22	
Enfermedad coronaria	10	34,5	19	65,5	29	
Artritis Reumatoide	6	31,6	13	68,4	19	
Ninguna de las anteriores	58	63,7	33	36,3	91	
Total	97	46,0	114	54,0	211	

Interpretación: En la Enfermedad de Parkinson el 77,3% de los sujetos, tuvieron un puntaje mayor a 6, representando el mayor porcentaje entre todas las patologías mencionadas en el estudio, a continuación se encuentra la Artritis reumatoide con el 68,4%, la Enfermedad coronaria con el 65,5% y el Hipotiroidismo con el 64,0%, por el contrario en el caso de los sujetos que no presentaron ninguna de estas patologías, el mayor porcentaje correspondía a los que obtuvieron menos de 6 puntos, es decir, que de estos pacientes el 63,7% no presentaron depresión, en tanto, que solo el 36,3%, si la presentaron. Se puede establecer que existen diferencias estadísticas significativas entre el nivel de depresión y los antecedentes patológicos personales ($p=0,00$).

Tabla 10
Condición

Test de Yesavage	Menos de 6 puntos		Más de 6 puntos		Total	Valor de p
	No	%	No	%		
Ambulatorio	70	55,6	56	44,4	126	* 0,01
Hospitalizado	27	31,8	58	68,2	85	
Total	97	46,0	114	54,0	211	

Interpretación: De acuerdo a la condición del paciente, los sujetos hospitalizados que tuvieron más de 6 puntos, alcanzaron el 68,2%, representado la mayoría, en cambio en los sujetos que acudían de forma ambulatoria el 55,6%, siendo la mayoría de este grupo, tuvieron menos de 6 puntos, lo que implica que un mayor nivel de depresión se encontró en los pacientes hospitalizados, mientras que en el caso de los sujetos ambulatorios la mayoría no presentaron depresión, esto quiere decir que existen diferencias estadísticas significativas entre el nivel de depresión y los antecedentes patológicos personales ($p=0,01$).

Tabla 11
Número de sujetos según puntaje de Gijón

	No	%
Riesgo social bajo	77	36,5
Riesgo social intermedio	131	62,1
Riesgo social elevado (Problema social)	3	1,4
Total	211	100,0

Interpretación: El test de Gijón, el cual mide riesgo social tuvo una media de 10,5 y una DE de 2,5 puntos. Un puntaje menor a 10 determina un riesgo social bajo,

entre 10 y 16 puntos, riesgo social intermedio y un puntaje mayor o igual a 17 significaba riesgo social elevado (problema social). La mayoría de sujetos con el 62,1% se encontraban en un nivel de riesgo social intermedio, el 36,5% restante presentaron un riesgo social bajo y tan sólo el 1,4% de los sujetos tuvieron un riesgo social elevado.

Tabla 12

Escala de Gijón

	No.	%
Situación familiar		
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	94	44,5
Vive con cónyuge de similar edad	52	24,6
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	32	15,2
Vive solo y tiene hijos próximos	18	8,5
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	15	7,1
Situación económica		
Más de 1.5 veces el salario mínimo	8	3,8
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	3	1,4
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	99	46,9
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	47	22,3
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	54	25,6
Vivienda		
Adecuada a necesidades	193	91,5
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	17	8,1

Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	1	0,5
Ausencia de ascensor, teléfono	0	0,0
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	0	0,0

Relaciones sociales

Relaciones sociales	86	40,8
Relación social sólo con familia y vecinos	48	22,7
Relación social sólo con familia o vecinos	56	26,5
No sale del domicilio, recibe visitas	18	8,5
No sale y no recibe visitas	3	1,4

Apoyo social

Con apoyo familiar y vecinal	76	36,0
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	132	62,6
No tiene apoyo	2	0,9
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	0	0,0
Tiene cuidados permanentes	1	0,5

Interpretación: La Escala de Gijón integra cinco aspectos que son situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social, en la primera categoría, el mayor porcentaje, correspondía a los sujetos que vivían sin dependencia física ni psíquica, con el 44,5%, a continuación se encontraban los sujetos que viven con cónyuge de similar edad con el 24,6%, los que viven con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia con el 15,2%, los que viven solos y tienen hijos próximos con el 8,5% y finalmente representando la minoría con el 7,1%, los que viven solos y carecen de hijos o viven alejados. En la segunda categoría, la mayoría de sujetos tenían un ingreso desde salario mínimo a pensión mínima contributiva, con un 46,9%,

correspondiente a un ingreso de sueldo por jubilación y con tan sólo el 1,4%, siendo la minoría, se encontraban los sujetos con un ingreso desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive. En la tercera categoría se pudo identificar que la mayor parte de los sujetos habitaban en una vivienda adecuada a sus necesidades, representando el 91,5% y tan solo el 0,5%, tenían condiciones inadecuadas en su vivienda. En la cuarta categoría, se pudo establecer que el 40,8% de sujetos, siendo la mayoría, mantenían relaciones sociales, el 26,5% mantenían relaciones sociales o sólo con familia o sólo con vecinos, el 22,7% sostenían relaciones sociales con familia y vecinos, el 8,5% de sujetos no salen del domicilio pero reciben visitas y el 1,4% restante, siendo la minoría, no salen del domicilio ni reciben visitas. En la quinta categoría, el 62,6% de sujetos recibían apoyo social de voluntariado social y ayuda domiciliaria, el 36,0% recibía apoyo de familia y vecinos, el 0,9% no tenía ningún apoyo y el 0,5% restante tenían requerimiento de cuidados permanentes.

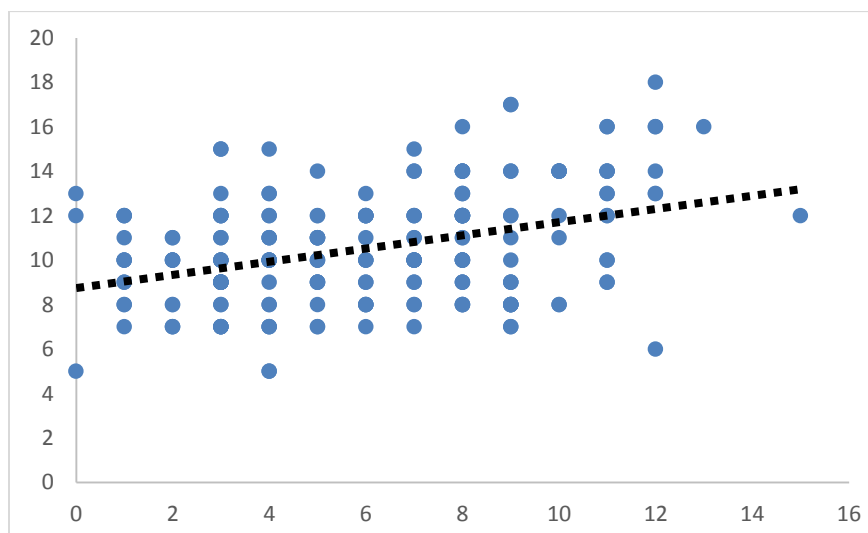


Figura 7. Correlación entre los puntajes del Test de Yesavage y el de Gijón

Interpretación: En la figura 7 se observa la correlación entre el puntaje del Test de Yesavage y el Test de Gijón, pudiendo establecer que de los individuos que presentaron un riesgo social bajo, el 55,1% no presentó depresión, y el 44,9% restante la presentó, en los sujetos con riesgo social intermedio, se determinó que el 60,0% desarrolló depresión, en tanto que, el 40,0% restante no. Finalmente de los pacientes con riesgo social alto, el 100%, tuvo depresión, lo que implica que a mayor riesgo social, mayor probabilidad de presentar depresión. Existe una asociación positiva significativa entre ambos puntajes. (Coeficiente de correlación de Pearson =0,37, $p < 0,001$). En la situación familiar, se observó que el 66,7% de sujetos que vivían solos, tuvieron depresión, mientras que el 33,3% restante, no la tuvo. En cuanto a la situación económica, se logró determinar que no influía de manera directa sobre la posibilidad de desarrollar depresión, ya que, el 61,0% de adultos mayores que tuvieron un ingreso por motivos de jubilación, o igual o superior al salario básico unificado, presentaron depresión, mientras que tan sólo el 39,0%, no la presentó, de los sujetos que no tenían ningún ingreso económico o tan solo un equivalente a un bono, el 51,5%, no tuvo un puntaje compatible con depresión en el Test de Yesavage, mientras que el 48,5% restante si lo tuvo. Al analizar las relaciones sociales, se encontró que el 76,2% de adultos mayores que no mantenían relaciones sociales, tenían depresión y 23,8%, representando una minoría, no tuvieron depresión, con lo que se puede establecer que el no tener algún tipo de relación social incrementa el riesgo de desarrollar depresión.

Tabla 13

Asociación entre la depresión y factores de riesgo para su aparición

	No ajustados		Ajustados	
	OR(IC95%)	p	OR(IC95%)	p
Sexo				
Masculino	Referencia		Referencia	
Femenino	0,67 (0,39-1,17)	0,16	0,94 (0,41-1,46)	0,44

Estado civil				
Soltero	Referencia		Referencia	
Casado	0,74 (0,29-1,93)	0,55	0,54 (0,19-1,479)	0,23
Divorciado	4,09 (0,70-23,66)	0,27	3,99 (0,66-24,06)	0,13
Viudo	1,39 (0,53-3,62)	0,50	0,97 (0,34-4,97)	0,95
Escolaridad				
Primaria	Referencia		Referencia	
Secundaria	2,40(1,35- 4,25)	*0,01	1,80(1,01- 3,57)	*0,05
Superior	0,00 (0,00-0,00)	0,99	0,00 (0,00-0,00)	0,99
Área de residencia				
Urbana	Referencia		Referencia	
Rural	1,30 (0,51-3,34)	0,57	1,74 (0,61-3,34)	0,29
Condición				
Ambulatorio	Referencia		Referencia	
Hospitalizado	2,68 (1,50-4,77)	*0,00	2,19(1,12-4,27)	*0,02

Interpretación: En la tabla anterior se observa que los sujetos con una escolaridad secundaria tienen 1,40 (OR 2,40) veces la posibilidad de tener una probable depresión o depresión que aquellos sujetos con una educación primaria. También se observa que los sujetos hospitalizados tienen 1,68 (OR 2,68) veces más posibilidades de tener esta condición que aquellos adultos mayores ambulatorios. Cuando se analizan los OR ajustados, se encuentra que estas dos variables siguen constituyendo factores de riesgo.

Prevalencia:

$$116/211 \times 100 = 54,9 - 55,0\%$$

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión

La prevalencia de la depresión en adultos mayores del presente estudio fue del 55,0%, mayor a la reportada en la ciudad de Cuenca donde se realizó un estudio en el centro de promoción para el envejecimiento activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el 2014, con una muestra de 117 adultos mayores jubilados que acudían al establecimiento, donde se encontró una prevalencia del 33,33%, de igual manera un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil con una muestra de 90 adultos mayores de 75 años de edad, independientes, sin deterioro cognitivo, activos, que asistían a las instalaciones del Centro gerontológico "Dr. Arsenio de la Torre Marcillo" y al auditorio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en el año 2013, reportó una prevalencia del 21,0%. Por el contrario México reporta una prevalencia del 74,3%, dato que reveló la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento elaborada en el 2012 y cuyo análisis e interpretación se llevó a cabo en una investigación en el 2018. Otro estudio realizado en la Habana, Cuba, en el 2017, reporta una prevalencia del 17,6%, representando la prevalencia más baja de los estudios analizados.

Aunque no se evidenció significación estadística ($p > 0,05$), se pudo determinar el predominio de la depresión en el sexo masculino sobre el sexo femenino en este estudio, encontrándose que el sexo masculino representaba el 59,2% y el 49,6 restante correspondía al sexo femenino. Según el estudio de Sigüenza (Cuenca, 2014), la mayor prevalencia de depresión se observó en las mujeres, con el 28,2% y tan sólo el 5,1% perteneció a los hombres, el estudio de Espinoza y Vacacela (Guayaquil, 2013), reporta la presencia de depresión en el 17% de mujeres, y en

el 4% de hombres; al igual que en México, el mayor porcentaje perteneció a la población femenina con el 55,8%, en tanto que el 44,2%, fue correspondiente a la población masculina. Un estudio realizado en Colombia, de manera similar revela mayor riesgo de probabilidad de depresión en el sexo femenino con un porcentaje del 64,2% y un riesgo del 35,8% para el sexo masculino. La mayoría de estudios documentan el predominio de la depresión en el sexo femenino, no con diferencias significativas, sin embargo el presente estudio reporta la prevalencia en el sexo masculino.

En relación a los factores de riesgo y de acuerdo a las características de la muestra correlacionadas con el nivel de depresión, al analizar el estado civil se pudo determinar que el mayor porcentaje de depresión pertenecía a los sujetos divorciados y viudos, con el 72,7% y el 72,1% respectivamente, mientras que en los casados y en los solteros el porcentaje fue menor con el 57,0% y el 52,4% de manera correspondiente. En el estudio de Sigüenza el reporte fue el siguiente: el mayor porcentaje de depresión se encontró en los solteros con el 27%, seguido de los viudos con el 23,1%, los divorciados alcanzaron tan sólo el 12% y los casados el 10,3%, con diferencias estadísticamente significativas en relación al presente estudio. En la investigación de Espinoza y Vacacela, predominó la depresión en los sujetos viudos con el 10%, seguido de los solteros con el 4%. En México, el estado civil es característico para el desarrollo de la depresión, principalmente en hombres solteros, ya que presentan 1.203 veces más de probabilidades de desarrollar depresión que los casados, por el contrario aquellos que se encuentran divorciados disminuyen la probabilidad de sufrir depresión. En cambio para las mujeres divorciadas incrementa el riesgo de presentar depresión a 1.003 veces, reporte que discrepa con este estudio ya que indica que la depresión predomina en hombres divorciados sobre las mujeres divorciadas. Un mayor riesgo de presentar depresión, fue descrito en los individuos viudos con el 36,4%, seguido de los casados con el 30,8% y solteros con el 17,5%, en los divorciados se encontró tan sólo el 0,4%, según el estudio de Segura Cardona y Cols., en el cual

el 62,0% de la totalidad de la muestra fueron mujeres, y el 29,5% de los sujetos eran casados, estado civil que predominaba.

El nivel de escolaridad, es otra variable que se ha analizado en diversos estudios sobre depresión en adultos mayores, en la investigación realizada en Colombia se pudo observar una relación inversamente proporcional, en la cual a mayor nivel de instrucción, menor nivel de depresión, los individuos que no tuvieron ningún grado de escolaridad alcanzaron el nivel de depresión del 31,8%, los sujetos que tuvieron un nivel de primaria incompleta representaron el 45,6%, seguido de los de primaria completa con el 13,5%, los de secundaria incompleta con el 5,1%, los de secundaria completa con el 2,0% y en los sujetos que lograron un nivel de instrucción superior tan sólo se evidenció un nivel de depresión del 0,1% (Segura, Cardona, Segura y Garzón, 2015).

El área de residencia es un aspecto que no tiene mayor relevancia en esta patología, ya que se ha podido determinar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre aquellos sujetos de residencia urbana y rural, en el presente estudio los sujetos que habitan en la zona rural presentaron un mayor porcentaje de depresión, con el 60%, mientras que los que residen en zona urbana alcanzaron el 53,4%, resultado muy similar al obtenido en el estudio realizado en Antioquia – Colombia, que revela que los residentes del área urbana tienen un riesgo de desarrollar depresión del 92,5%, en tanto, que los residentes del área rural tienen un riesgo del 91,1%, siendo porcentajes análogos (Segura, Cardona, Segura y Garzón, 2015).

En diversos estudios realizados sobre depresión en adultos mayores, se ha investigado la relación que tiene la misma con las enfermedades crónicas, por ejemplo, en Uruguay se encontró una prevalencia de depresión del 25%, en población adulta mayor con Insuficiencia cardiaca, prevalencia que alcanza el 50% a medida que avanza la enfermedad, en este tipo de pacientes realizar el diagnóstico de depresión es complejo, ya que la sintomatología puede

superponerse entre estas dos entidades, lo cual implica la necesidad de valoración por un especialista, ya que para los médicos que no se encuentran en el área de salud mental, puede pasar desapercibida esta patología (Valdés, González y Abdulkadir, 2017). En esta investigación de los pacientes que tenían diagnóstico de enfermedad coronaria, el 65,5% tuvieron depresión, con lo cual se puede establecer a la patología cardíaca como un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión.

Otra enfermedad que ha sido estudiada ampliamente es el Parkinson, estimándose que alrededor del 25% y 50% de pacientes con esta patología han presentado sintomatología depresiva, misma que contribuye con su deterioro funcional, su diferenciación puede ser compleja debido a que algunos síntomas como la fatiga, alteraciones del sueño, ideación suicida, lentitud psicomotriz, déficit de atención, entre otros, se presentan en ambas patologías. La relación existente entre el Parkinson y la depresión, de acuerdo a una revisión sistemática de 51 artículos publicados desde el año 2000 hasta el 2014, en las bases de datos Science Direct, Ebsco y PsycNet, revela la existencia de diversas hipótesis, en la primera, se entiende a la depresión como una manifestación por causa de alteraciones neuroanatómicas de las vías subcorticales y corticales, además de verse alterada la función dopaminérgica y serotoninérgica; en la segunda hipótesis se considera que la depresión puede anteceder a la enfermedad de Parkinson por varios años, es por ello, que los síntomas motores pueden aparecer posteriormente a los de la depresión, esto se explica por la expresión de un subtipo hereditario. La tercera hipótesis hace referencia al impacto psicosocial que puede tener la enfermedad sobre la vida de un paciente que la padece y en la de los que lo rodean pudiendo generar reacciones emocionales que lleven a la depresión (Bastidas, 2014). Con estos datos y los obtenidos en este estudio, el cual indica que el 77,3% de sujetos con Enfermedad de Parkinson tuvieron depresión, representando el mayor porcentaje entre todas las patologías

mencionadas en el estudio, se demuestra claramente la relación existente como factor de riesgo para el desarrollo de depresión.

En el hipotiroidismo en el adulto mayor se ha identificado el deterioro de algunos dominios de la cognición, por ejemplo, atención, memoria, concentración, funciones ejecutivas y lenguaje, por lo tanto, se trata de una patología que puede simular una depresión, sin serlo realmente, la sintomatología neuropsiquiátrica desaparece cuando se recupera la función tiroidea. Según la presente investigación, aparentemente el 64% de sujetos con hipotiroidismo, tenían depresión, siendo un dato subjetivo, por lo mencionado anteriormente, por lo tanto no se puede establecer al Hipotiroidismo como tal, como un factor de riesgo.

Para el análisis de los factores de riesgo social, en este estudio se utilizó la escala de Gijón, que involucra cinco aspectos que son: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones y apoyo social. En este estudio el mayor porcentaje de individuos presentaron un riesgo social intermedio, representando el 62,1%, de los cuales el 53,5%, tuvieron un puntaje en el test de Yesavage, compatible con depresión, mientras que, tan solo el 16,5% de sujetos con riesgo social bajo presentaron depresión, lo que significa que se puede considerar que a mayor nivel de riesgo social, mayor probabilidades de desarrollar depresión.

Según el estudio de Sigüenza (Cuenca, 2014), en el cual se tomó en cuenta la situación familiar, específicamente si es que el adulto mayor, vivía con su familia o solo, se encontró que las personas que vivían con su familia no presentaron depresión, con un porcentaje del 53,0% y aquellos que vivían con su familia y desarrollaron depresión fue tan solo el 24,8%; en este estudio 10 fueron los sujetos que no vivían con su familia y presentaron depresión, en porcentaje equivalente al 8,5%, de acuerdo con este análisis se podría establecer como un factor protector para los adultos mayores el vivir con su familia y un factor de riesgo, al vivir solos. El estudio actual nos revela que el 44,54% de sujetos que viven con su familia, o cónyuge presentan depresión, mientras que el 10,42% de

sujetos que vivían solos, desarrollaron depresión, en este caso la relación entre vivir sólo o no, y el desarrollo de la depresión no reveló mayor diferencia.

Los aspectos sociales que se analizaron en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM) llevada a cabo en México en 2012, fueron actividad laboral, apoyo económico y no económico, ingresos económicos y actividades sociales. En cuanto a la ocupación laboral el 51,5% refirió poseer alguna actividad laboral, con gran porcentaje se observó que el 91% de los sujetos recibían apoyo económico y un 95% recibió apoyo no económico, ya sea por parte de su familia, amigos o vecinos. En relación a los ingresos económicos, el 93% indicó tener únicamente un ingreso para cubrir sus necesidades, tan sólo el 7% reveló poseer más de un ingreso. En las relaciones sociales, el 49% señaló realizar de 1 a 3 actividades sociales, aquellos que realizaban más de 4, representaron el 51%.

En la presente investigación, en la situación económica se encontró que el 31,7% de individuos, con un ingreso equivalente al valor de la jubilación, al salario básico unificado o mayor al mismo, presentaron depresión, porcentaje del cual el 16,58% correspondía al sexo femenino y el 14,69% restante, al masculino. En tanto que, el 20,37% con el mismo nivel de ingresos económicos no presentó depresión. El 23,2% con un ingreso menor al salario básico unificado, o ningún ingreso, presentó depresión, donde el 12,79% correspondía a los hombres y el 10,42% a las mujeres. El 24,6% de sujetos en las mismas condiciones, no presentó depresión. De manera similar, la ENASEM reporta que el tener una actividad laboral, para las mujeres, constituye 2.304 veces más de probabilidades de presentar depresión, al igual que el poseer más de un ingreso económico mensual, incrementa 1.458 veces más la posibilidad de presentar depresión. Por otro lado, para los hombres por el contrario, el tener ocupación laboral y apoyo económico disminuye el riesgo de presentar depresión.

En la vejez, suele existir un incremento de las necesidades y una disminución de los recursos disponibles para solventar las mismas, registros oficiales dejan ver

que alrededor del 26,2% de adultos mayores en el mundo tienen un ingreso económico menor al requerido de acuerdo a sus necesidades básicas en esta etapa de la vida, se considera que su principal fuente de ingreso está dada por el apoyo familiar representando el 59,3% para las mujeres y el 48,4% para los hombres, debido a esta condición mencionada, se considera a los adultos mayores como una población vulnerable, con dependencia económica debido a que la mayoría requiere de apoyo para satisfacer sus necesidades tanto en calidad como en cantidad. El presentar algún tipo de dependencia altera su condición psicosocial, motivo por el cual, el tener ingresos suficientes para no generar dependencia y cubrir sus necesidades en la vejez, es un factor predictor sobre su estabilidad emocional, debido a la condición actual que presenta la población de adultos mayores se ha evidenciado un aumento de la prevalencia de los trastornos cognitivos – afectivos – conductuales, siendo el mayor representante de los mismos, la depresión.

En cuanto a las relaciones sociales, se pudo determinar por el presente estudio que el 25,1% de sujetos que mantenían relaciones sociales fuera del domicilio no presentaron depresión, en tanto que el 15,6% en la misma condición presentaron depresión, para aquellos que se relacionaban sólo con vecinos o sólo con familia el 16,5% presentó depresión y el 9,9% no la presentó, en el grupo de sujetos que no salen del domicilio pero reciben visitas, el 6,2% presentó depresión y tan solo el 2,4% no tuvo depresión, lo que implica que a menor interacción social, mayor riesgo de presentar depresión. Análogos resultados se obtuvieron en el estudio de Segura Cardona y Cols., realizado en Colombia, en el cual se analizó la participación en actividades recreativas de diversa índole, como deportes, actividades religiosas, grupos artísticos, entre otros, con el siguiente reporte, el 68,6% presentó riesgo de desarrollar depresión, porcentaje correspondiente a los sujetos que no realizaban ningún tipo de actividad social, mientras que para aquellos que realizaban algún tipo de actividad y pertenecían a grupos sociales, el porcentaje de riesgo de desarrollar depresión osciló, entre el 0,1% al 11,5%.

Finalmente se puede concluir que cualquier tipo de actividad recreativa – social, fortalece no sólo la salud física del adulto mayor, sino también su salud mental, constituyendo un factor protector a su vulnerabilidad, ya que por el contrario los adultos mayores que no desempeñan ninguna actividad social tienen mayor tendencia al aislamiento social, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar depresión, por el sentimiento de soledad, pudiendo presentar además ansiedad y deterioro cognitivo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

1. La prevalencia de depresión en adultos mayores del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor durante el periodo de marzo a mayo del 2018 se considera elevada. Más de la mitad de los sujetos estudiados presentaron una depresión leve, mientras que un tercio presentaban una depresión establecida.
2. Existe un predominio de hombres con depresión, sin embargo, no se pudo demostrar una diferencia estadísticamente significativa entre el género masculino y femenino.
3. No se pudo demostrar diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de depresión y la condición del paciente con respecto al tipo de atención hospitalaria recibida, sin embargo, los sujetos hospitalizados tienen mayor posibilidad de tener depresión, que aquellos adultos mayores ambulatorios, por lo que se considera un factor de riesgo a la condición del paciente, sobre el desarrollo de la depresión.
4. La situación familiar se considera un factor determinante en el desarrollo de la depresión, ya que se evidenció que los adultos mayores que vivían solos, presentaron un mayor porcentaje de depresión, en comparación con aquellos que vivían con su familia, por lo tanto, el que un adulto mayor viva solo es un factor de riesgo para su condición emocional.

5. Las relaciones sociales han demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, ya que, se logró evidenciar que el 76,2% de adultos mayores que no mantuvieron relaciones sociales, presentaron depresión.

6.2. Recomendaciones

1. Al observarse, una alta prevalencia de depresión en adultos mayores, se recomienda, brindar mayor importancia a esta patología, implementando como estrategia de tamizaje y cribado, la aplicación de encuestas dentro de la consulta externa, para detectar posibles casos de depresión, que en caso de obtener puntajes compatibles con depresión, en las encuestas aplicadas, deberían ser remitidos a un especialista, para confirmar la presencia de la misma y tratarla de una manera adecuada.
2. Se debe estimular a la población adulta mayor a la participación en actividades recreativas, en las cuales puedan relacionarse y convivir con otras personas, de preferencia actividades que estén relacionadas con sus gustos y sean factibles para ellos realizarlas, de acuerdo a su condición física y mental.
3. Diálogo con los familiares de personas adultas mayores, para que comprendan a la depresión como una enfermedad de importancia y no como algo normal en el proceso del envejecimiento, para asesoramiento en cómo debería ser la convivencia con el adulto mayor, al presentarse una fragilidad en el estado de ánimo en esta etapa de la vida, se ha demostrado que el apoyo de familiares, amigos, disminuye la probabilidad de que el adulto mayor desarrolle esta enfermedad.
4. Es importante mantener el control de las patologías de base del adulto mayor, ya que algunas de las mismas, como por ejemplo el Hipotiroidismo, al no estar

compensadas y controladas, pueden desencadenar la presencia de síntomas depresivos.

5. El manejo del adulto mayor deber ser un manejo multidisciplinario, para abarcar todas las necesidades que esta etapa de la vida demanda.

REFERENCIAS

- Alarcón, T. (2014). La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. Recuperado el 13 de mayo de 2018 de: <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-escala-socio-familiar-gijon-instrumento-13006000>
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C. (2006). Depresión. Recuperado el 07 de marzo de 2018 de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Arango, C., Escobar, M. y Pimienta, H. (2004). Fundamentos moleculares y celulares de la depresión y de los mecanismos antidepresivos. Revista Colombiana de Psiquiatría. Suplemento No. 1, Vol. XXXIII. Recuperado el 13 de mayo de 2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33s1/v33s1a10.pdf>
- Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Revista de Lima de Psicología No. 2, Vol. 32. Recuperado el 20 de junio de 2019 de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200001
- Cabrera, D., Menéndez, A., Fernández, A., Acebal, V., García, J., Díaz, E. y Salamea, A. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Recuperado el 08 de marzo de 2018: https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2076_anexo1_III.pdf
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Med Hered. 29:182-191. Recuperado el 17 de junio de 2019 de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>

- De Los Santos, P. y Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Revista Costarricense Centro Centroamericano de Población Universidad No. 2, Vol. 15*. Recuperado el 15 de junio de 2019 de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
- Díaz, B. y González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. 11(3):106-115. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
- Espinoza, C. y Vacacela, M. (2013). Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal Gerontológico, 2013. Recuperado el 18 de junio de 2019 de: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/39-71-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/39-71-1-SM%20(1).pdf)
- Fundación para el desarrollo de la enfermería. (s.f.). Escala de depresión geriátrica – Test de Yesavage. Recuperado el 21 de enero de 2018 de: http://www.ome.es/media/docs/novedad_test_yesavage.pdf
- García, J. (2018). GABA (neurotransmisor): qué es y qué función desempeña en el cerebro. Recuperado el 11 de marzo de 2018 de: <https://psicologiymente.net/neurociencias/gaba-neurotransmisor>
- Gómez, C. y Campo, A. (2010). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Recuperado el 08 de marzo de 2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v10n3/v10n3a08.pdf>
- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. (s.f.). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Recuperado el 15 de marzo de 2018 de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

Kurlowicz, L. y Greenberg, S. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). Recuperado el 13 de mayo de 2018 de: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>

Montes, C. (2013). La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. Recuperado el 15 de marzo de 2018 de: http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf

National Institute of Mental Health. (2015). La depresión: Lo que usted debe saber. Recuperado el 10 de marzo del 2018 de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-lo-que-usted-debe-saber/index.shtml>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado el 07 de marzo de 2018 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado el 07 de marzo de 2018 de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Redacción médica. (2017). Ecuador, entre los países con más casos de depresión en Latinoamérica. Recuperado el 07 de marzo de 2018 de: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-paises-con-m-s-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>

Romero, E. (2003). Ministerio de Salud Pública - Dirección Nacional de Salud Mental – Guía de Atención Integral en Salud Mental para el Adulto Mayor. Recuperado el 10 de marzo de 2018 de: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=55800>

Sadock, B., Alcott, V. y Ruiz, P. (2015). Sinopsis de psiquiatría. (11.ª ed.). Barcelona, España: Wolters Kluwer.

Segura, A., Cardona, D., Segura, A. y Garzón, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Revista

Colombiana de Salud Pública. 17 (2): 184-194. Recuperado el 18 de junio de 2019 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>

Sigüenza, R. (2014). Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del instituto de promoción para el envejecimiento activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2014. Recuperado el 15 de junio de 2019 de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21203/1/TESIS66.pdf>

Valdés, M., González, J. y Abdulkadir, M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral. 33(4). Recuperado el 17 de junio de 2019 de: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01_296.pdf

Vallejo, J. (2015). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. (7.^a ed.). Barcelona, España: Elsevier Masson.

ANEXOS

Anexo 1. Escala Geriátrica de Depresión Yesavage (GDS 15)

¿En general, está satisfecho/a con su vida?	SI=0	NO=1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI=1	NO=0
¿Siente que su vida está vacía?	SI=1	NO=0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI=1	NO=0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI=0	NO=1
¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI=1	NO=0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI=0	NO=1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI=1	NO=0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI=1	NO=0
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	SI=1	NO=0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI=0	NO=1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI=1	NO=0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI=1	NO=0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI=0	NO=1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Ud.?	SI=1	NO=0
Puntuación total:		
Interpretación: 0 a 5: No hay depresión 6 a 9: Depresión leve ≥10: Depresión establecida		

Nota: Adaptada de Gómez y Campo, 2010, p. 739

Anexo 2. Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón

Categoría	Puntaje
Situación Familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
Situación Económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4

Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
Relaciones Sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
Apoyo de la Red Social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
Puntuación total:	
Interpretación: <10: Riesgo social bajo 10 – 16: Riesgo social intermedio ≥17: Riesgo social elevado (problema social)	

Nota: Adaptada de Cabrera, Menéndez, Fernández, Acebal, García, Díaz y Salamea, 1999, p. 785

Anexo 3. Encuesta

Universidad de las Américas
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de medicina
Encuesta para proyecto de tesis

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados, en población de adultos mayores del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

La encuesta tiene como finalidad conocer los factores que podrían estar relacionados con el desarrollo o aparición de la depresión en los adultos mayores y poder identificar cuál de todos ellos representa un posible riesgo para este grupo poblacional. La información recolectada a través de la misma será confidencial y se aplicará únicamente a aquellos individuos que hayan aceptado formar parte de la investigación y hayan firmado el consentimiento informado previamente.

Código:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Estado civil:	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a <input type="checkbox"/> • Casado/a <input type="checkbox"/> • Divorciado/a <input type="checkbox"/> • Viudo/a <input type="checkbox"/> • Unión de hecho <input type="checkbox"/>
Escolaridad:	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> • Secundaria: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> • Bachillerato: Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> • Superior: Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> • Estudios de cuarto nivel <input type="checkbox"/> • Ninguno <input type="checkbox"/>
Área de residencia en los últimos cinco años:	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana <input type="checkbox"/> • Rural <input type="checkbox"/>
Antecedentes patológicos personales	<p>¿Se le ha diagnosticado alguna/nas de las enfermedades mencionadas a continuación?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> • Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> • Enfermedad coronaria <input type="checkbox"/> • Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> • Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/>
Condición del paciente	Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/>

Nota: Propia autoría

Anexo 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



I. Hoja de información

Título de la investigación: **Prevalencia de depresión y posibles factores asociados en población adulta del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.**

Nombre de la estudiante que llevará a cabo el proyecto de investigación: María Antonella Erazo Reinoso

Información del proyecto de investigación.

La depresión es un trastorno mental que afecta el estado de ánimo; en la actualidad su prevalencia ha ido en aumento, presentándose y afectando mayoritariamente a los grupos más vulnerables, en esta ocasión se destaca a la población de adultos mayores. Cerca del 25% de personas que se encuentran dentro del grupo etáreo de 65 años en adelante, padecen algún tipo de enfermedad psiquiátrica, encontrándose que uno de los de mayor prevalencia es el trastorno depresivo. Existe limitada información en nuestro país referente a la prevalencia de este trastorno psiquiátrico en población mayor a 65 años, tampoco se conocen cuáles pudieran ser los factores que influyen en su aparición, es por esta razón que se propone realizar esta investigación. Los objetivos del estudio son poder establecer la prevalencia de depresión y los posibles factores asociados con la misma, en población de adultos mayores del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, durante el período de marzo a mayo del 2018. También se

plantea identificar diferencias en el nivel de depresión según el sexo y entre pacientes hospitalizados y ambulatorios. Para poder determinar la prevalencia de depresión se aplicará la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage – GDS 15, un instrumento validado, se trata de un cuestionario que consta de 15 preguntas, siendo una versión abreviada, cuyas opciones de respuesta son dos únicamente: SI o NO. De igual manera, se utilizará una encuesta que recopilará datos sobre: edad, sexo, estado civil, escolaridad, área de residencia, antecedentes patológicos personales, y condición actual del paciente. Y la escala Sociofamiliar de Gijón, para poder determinar el riesgo social. Esta investigación se realizará bajo lineamientos de autonomía, consentimiento informado, y confidencialidad de la información obtenida de los participantes del estudio. De acceder a participar Ud. Sería uno de los 211 sujetos que formarán parte del estudio. El deseo de participar o no en el estudio es absolutamente voluntario, en caso de no desear hacerlo, su decisión será respetada, de igual manera, tiene el derecho a no continuar formando parte del mismo si así lo decidiera en cualquier momento del proceso de investigación, con la seguridad de que su integridad social, física y la asistencia de los diversos servicios de salud que recibe no se verán afectados en ningún aspecto. Además puede decidir si durante la entrevista desea o no la presencia de un familiar o algún acompañante. Puede seleccionar a un representante en caso de necesitar alguno. Tiene el derecho tanto Ud. como su acompañante y/o representante de realizar cualquier tipo de pregunta o consultar sobre alguna inquietud que tuviere, relacionada con el estudio. No habrá ni costo ni lucro por la participación de los sujetos. Toda la información que se obtenga de Ud. será confidencial, se respetará la privacidad, su nombre no se lo proporcionará a ninguna persona y únicamente los investigadores de este estudio trabajarán con los datos pero no con su identidad. Los datos recolectados de identificación de los pacientes serán presentados de forma confidencial por lo cual serán utilizados códigos para identificar a los participantes del estudio. En caso de cualquier duda o inquietud en relación a este estudio Ud. puede comunicarse con la estudiante que llevará a cabo la investigación, a continuación se encuentran sus datos:

Nombre: María Antonella Erazo Reinoso
Teléfono convencional: 3333171
Celular: 0987449087
Correo: merazo@udlanet.ec

II. Certificado de consentimiento

Yo _____ adulto mayor, portador de la cédula de ciudadanía No. _____, paciente del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. En forma voluntaria consiento, dando mi autorización para formar parte de la investigación acerca de la prevalencia de depresión y posibles factores asociados con la misma, en población de adultos mayores del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Y acepto proporcionar la información necesaria para la misma, a través de la aplicación de una encuesta, de la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage – GDS 15 y la Escala Sociofamiliar de Gijón, ya que conozco que la información que se recolectará por medio de las mismas, será confidencial y se utilizará para fines de investigación. He leído la hoja de información adjunta previamente y acepto participar sabiendo que no recibiré ningún apoyo económico o de otra naturaleza, y reconozco que mi aporte será muy valioso para la finalidad de este estudio, que consiste en dar una mayor importancia a esta patología en este grupo poblacional, ya que la depresión no constituye algo normal del proceso del envejecimiento. Conozco que la persona que va a llevar a cabo esta investigación es la Srta. María Antonella Erazo, estudiante de la Universidad de las Américas de la carrera de medicina, quien se encuentra llevando a cabo su proyecto de tesis.

Firma o huella del participante:

Firma del representante: (en los casos que aplique)

Firma del investigador/a

___ / ___ / ___

Fecha:

___ / ___ / ___

Fecha:

___ / ___ / ___

Fecha:

Anexo 5. Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición real	Definición operacional	Instrumento de medición
Edad	Es el período de tiempo que ha vivido un individuo desde el momento en que nació hasta la actualidad.	¿Cuántos años tiene?	Edad cumplida en años	Encuesta
Sexo	Son las características anatómicas, fisiológicas, biológicas y físicas que determinan al ser humano como un hombre o una mujer.	Indique el sexo al que pertenece.	Masculino Femenino	Encuesta
Estado civil	Condición que	¿Cuál es su estado	Soltero/a Casado/a	Encuesta

	determina la situación personal, en cuanto a tener o no una pareja y la relación legal determinada por el registro civil que presente con la misma.	civil?	Divorciado/a Viudo/a Unión de hecho	
Escolaridad	Nivel de educación, determina el tiempo que una persona ha estudiado y hasta que nivel lo ha hecho.	Indique su grado de escolaridad	Primaria completa o incompleta Secundaria completa o incompleta Bachillerato completo o incompleto Superior completo o incompleto Estudios de cuarto nivel Ninguno	Encuesta

Condición socio - familiar	Nivel sociológico y familiar que tiene un individuo como resultado de algunos factores como: ingresos económicos, vivienda empleo, relaciones sociales.	Escala de valoración socio - familiar de Gijón	Situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, apoyo de la red social	Escala de Gijón interpretación: Menor a 10: riesgo social bajo 10 – 16: Riesgo social intermedio Mayor o igual a 17: Riesgo social elevado
Área de residencia	Lugar donde habita o vive una persona.	¿Cuál es su área de residencia?	Urbana Rural	Encuesta
Antecedentes patológicos personales	Parte de la historia clínica en la que se destaca principalmente la presencia o ausencia de alguna	¿Tiene alguna enfermedad?	Enfermedad o enfermedades diagnosticadas	Encuesta

	patología de importancia previamente ya diagnosticada.			
Condición del paciente	Estado actual del paciente con referencia a si se trata de un paciente que acude a consulta externa o a otro servicio pero de manera ambulatoria o es un paciente que se encuentre hospitalizado .	¿Qué tipo de pacientes?	Ambulatorio Hospitalizado	Encuesta
Depresión	Es un trastorno de la mente, constituido por un	Escala geriátrica de depresión - Yesavage	Si No Asignar un punto en cada	Yesavage interpretación: 0-5: no hay depresión 6-10:

	conjunto de síntomas que incluyen: tristeza, falta de interés, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, cansancio y falta de atención.		respuesta que esté indicada (Ver anexo 1)	depresión leve Mayor a 10: depresión establecida
--	--	--	---	--

