



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO
MAYOR EN LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA, CUENCA 2013”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA**

AUTORAS:

ANDREA CATALINA PALOMEQUE FLORES.

ERIKA YADIRA PERALTA MIRANDA.

DIRECTORA:

DRA. LORENA ESPERANZA ENCALADA TORRES

ASESORA:

DRA. LORENA ESPERANZA ENCALADA TORRES

CUENCA-ECUADOR

2013



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la depresión es un trastorno que afecta la salud del adulto mayor al igual que enfermedades como: la hipertensión arterial, diabetes, artropatías, neoplasias, las mismas que pueden coexistir y exacerbar sus síntomas.

OBJETIVO GENERAL: determinar la prevalencia de depresión del adulto mayor y factores asociados en la parroquia Cañaribamba de la Ciudad de Cuenca.

METODOLOGÍA: se realizó un estudio transversal, en 300 adultos mayores de la parroquia Cañaribamba, los datos se obtuvieron mediante encuestas con aplicación de la escala validada de Depresión Yesavage. La información fue procesada mediante el software SPSS y Microsoft Excel 2010, se utilizó frecuencias, porcentajes, promedio y DS y para asociación RP (C 95%).

RESULTADOS: la prevalencia de depresión fue del 14,7% con una media de edad de 73,7 años; con el 66.7% de mujeres, casados en el 40%; Los factores asociados a depresión fueron adultos mayores, los que no poseen ocupación 1,9 veces más de los si poseen. (IC 95% 1,1-3,4), La probabilidad de depresión al vivir solo fue 1,9 veces (IC 95% 1,08-3,3), más de los que viven acompañados, diabetes 1,8 veces más que los que no poseían (IC 95% 1,06-3,1), Evento Cerebro Vascular (ECV) y neoplasias 2,4 más veces que las que no tenían (IC 95% 1,2-5).

CONCLUSIONES: la prevalencia de depresión en la población geriátrica de Cañaribamba fue menor a la reportada a nivel internacional y está asociada a factores como: diabetes, ECV y neoplasias.

PALABRAS CLAVES: DEPRESIÓN, ADULTO MAYOR, FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDADES, MIEDO, SOLEDAD, FRUSTRACIONES.



ABSTRACT

INTRODUCTION: Depression is a disorder that affects the health of the elderly as well as diseases such as: hypertension, diabetes, arthropathy, tumors, they can coexist and exacerbate their symptoms.

GENERAL OBJECTIVE: To determine the prevalence of depression in the elderly and associated factors in Cañaribamba parish of the city of Cuenca.

METHODS: A cross-sectional study was conducted in 300 adults over the Cañaribamba parish, data were collected through surveys with application of validated Yesavage scale for Depression. The information was processed using SPSS and Microsoft Excel 2010 software; frequencies, percentages, mean and SD were used, and for association RP (C 95%).

RESULTS: The prevalence of depression was 14.7% with a mean age of 73.7 years; with 66.7% of women, 40% married; Factors associated with depression were elderly, those without occupation of 1.9 times more than the ones that possess. (95% CI 1.1-3.4), the likelihood of depression by living alone was 1.9 times (95% CI 1.08 to 3.3), more than the living accompanied, diabetes 1.8 times more than those who had not (95% CI 1.06 to 3.1), Cerebrovascular Event (CVD) and cancers 2.4 more times than those without (95% CI 1.2 to 5).

CONCLUSIONS: The prevalence of depression in the geriatric population of Cañaribamba was lower than reported internationally and is associated with factors such as diabetes, cardiovascular disease and cancers.

KEYWORDS: DEPRESSION, OLDER, FACTORS ASSOCIATED DISEASES, FEAR, LONELINESS, FRUSTRATION.



ÍNDICE

Contenido

RESUMEN	- 1 -
ABSTRACT	- 3 -
1. INTRODUCCIÓN	- 12 -
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	- 13 -
3. JUSTIFICACIÓN	- 14 -
4. MARCO TEÓRICO.....	- 15 -
4.1 ENVEJECIMIENTO	- 15 -
4.2 LA DEPRESIÓN	- 16 -
4.3 LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ.....	- 16 -
4.4 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN	- 19 -
4.5 DEPRESIÓN E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	- 21 -
4.6 DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	- 22 -
4.7 DEPRESIÓN Y DIABETES MELLITUS	- 22 -
4.8 DEPRESIÓN Y ARTRITIS REUMATOIDE	- 23 -
4.9 DEPRESIÓN Y NEOPLASIAS.....	- 23 -
4.10 DEPRESIÓN Y ABANDONO	- 25 -
4.11 MEDICIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN	- 26 -
4.12 INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE YESAVAGE.....	- 27 -
5. HIPÓTESIS.....	- 28 -
6. OBJETIVOS.....	- 28 -
6.1 GENERAL.....	- 28 -
6.2 ESPECÍFICOS	- 28 -
7. METODOLOGÍA.....	- 28 -
7.1 TIPO DE ESTUDIO	- 28 -
7.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	- 28 -
7.2.1 Límites.....	- 28 -
7.2.2 Población	- 29 -
7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	- 29 -
7.4 UNIVERSO Y MUESTRA	- 29 -
7.5 VARIABLES.....	- 30 -
7.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	- 30 -



7.7 PROCEDIMIENTOS - 30 -

7.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS - 31 -

7.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS - 31 -

8. RESULTADOS - 32 -

8.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN - 32 -

8.2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DE VIVIENDA - 33 -

8.3 COMORBILIDADES - 34 -

8.4 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN - 35 -

8.5 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN FACTORES DEMOGRÁFICOS - 36 -

8.6 FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN - 37 -

9. DISCUSIÓN - 38 -

10. CONCLUSIONES - 43 -

11. RECOMENDACIONES - 44 -

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS - 45 -

 CITAS - 48 -

BIBLIOGRAFÍA - 49 -

13. ANEXOS - 51 -

 ANEXO N° 1 (Formulario Inicial) - 51 -

 ANEXO N° 2 (Escala de Yesavage) - 53 -

 ANEXO N° 3 (Consentimiento Informado) - 54 -

 ANEXO N° 4 - 56 -



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo, Andrea Catalina Palomeque Flores, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA, CUENCA 2013”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de julio de 2014

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a rectangular box. The signature reads 'Andrea Catalina Palomeque Flores'.

Andrea Catalina Palomeque Flores

CI: 0301562575



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo, Andrea Catalina Palomeque Flores, con CI: 03156575, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA, CUENCA 2013”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar esta tesis por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de: **MÉDICA**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 25 de julio de 2014

Andrea Catalina Palomeque Flores

CI: 0301562575



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo, Erika Yadira Peralta Miranda, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA, CUENCA 2013”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de julio de 2014

A handwritten signature in blue ink that reads 'Erika Peralta'.

Erika Yadira Peralta Miranda.

CI: 0104968052



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo, Erika Yadira Peralta Miranda, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA, CUENCA 2013”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar esta tesis por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de: **MÉDICOS GENERALES**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 25 de julio de 2014

Erika Yadira Peralta Miranda.

CI: 0104968052



AGRADECIMIENTO

Con el presente trabajo de investigación agradecemos primero a Dios, a nuestros padres, hermanos y demás familiares por ser un pilar fundamental en la finalización del mismo.

De la misma manera a nuestra directora de investigación, Dra. Lorena Encalada por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación, se convirtió en nuestra guía y apoyo



DEDICATORIA

Por la experiencia vivida en la elaboración de nuestro trabajo de investigación va dedica a los adultos mayores quienes nos brindaron apoyo, cariño, comprensión y con sus anécdotas y formas de vida; nos conmovieron y nos motivaron día a día en la realización del presente trabajo.



1. INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo, en el Ecuador se reconoce legalmente como adulto mayor a la persona a partir de sus 65 años de edad.

“En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores vive solo, un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%).”¹

Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que esté provocando este trastorno, o secundarios cuando estén provocados por otras afecciones, por ejemplo pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica.

Existe un sin número de factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor y los hemos agrupado por categorías entre ellas encontramos las psicosociales en la que se une la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigos, familiares y declinación socio-económica además el abandono. Las somáticas ya que aumenta la frecuencia de múltiples patologías orgánicas y coexisten entre ellas lo que implica a su vez diversos tratamientos como: diabetes, hipertensión, neoplasia, artritis. Las psiquiátricas como la demencia; sus síntomas frecuentemente se confunden, coexisten o se agravan mutuamente. Y las terapéuticas ya que los adultos mayores por lo general reciben múltiples medicamentos se debe tener especial cuidado con los potenciales efectos colaterales de los psicofármacos, así como con las



posibles interacciones derivadas de la polifarmacia usual en este grupo etario.

Dada la gran variedad de factores de riesgo implicados en la presentación de la depresión de los adultos mayores consideramos que la investigación de factores como diabetes, ECV, hipertensión arterial, neoplasias, artritis reumatoide, abandono son enfermedades muy prevalentes en Latinoamérica, y que según la literatura científica han demostrado asociación para incrementar esta patología, es de importancia también investigar si en nuestro medio existe dicha asociación, ya que no contamos con información suficiente del adulto mayor porque ha sido desplazado de los temas de estudio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

La prevalencia de la enfermedad es variable según el país estudiado. Se calcula que un 1,5 millones de personas sufren de este estado de ánimo, y los niños (entre 5 y 11 años), jóvenes (14 y 20 años) y personas de la tercera edad son los más vulnerables en la actualidad.

La depresión contribuye a minar de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores incluso al aislamiento social y acentuar factores de comorbilidad en los mismos, además es un problema social y de salud pública.

Debemos tomar en cuenta que la depresión no es una tristeza únicamente; es una enfermedad que debe ser tratada. La depresión no es de modo alguno parte necesaria del envejecimiento.

La depresión en el adulto mayor produce un alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad tanto directa e indirectamente por comorbilidad con otras



enfermedades. Por eso hemos creído necesario realizar un trabajo de investigación sobre ¿Cuál es la prevalencia de la depresión en el adulto mayor y sus factores asociados en la parroquia de Cañaribamba?

3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de nuestro trabajo radica en que la mayoría de adultos mayores se encuentran olvidados y no tomamos en cuenta todas sus necesidades físicas, sociales y psicológicas por tanto pretendemos establecer la prevalencia de la depresión del adulto mayor y sus factores asociados, y de esta manera aprender a reconocer signos tempranos de esta patología para darle la importancia respectiva y no sea la causa de exacerbación de tales comorbilidades.

Si bien otro parámetro importante es que no existen muchos estudios que revelen cual es la prevalencia de depresión en nuestro país y provincia y muchas veces no consta como una patología predominante como son: osteoporosis, diabetes, problemas del corazón y enfermedades pulmonares.

Por tanto este estudio es una herramienta que puede aportar interesantes y valiosos resultados para conocer la realidad de nuestros adultos mayores en cuanto a la depresión y sus factores asociados y así brindarles un mejor apoyo, puesto que se les asocia a una etapa de la vida productiva terminada,

El impacto social que deseamos es conseguir conceptualizar los sistemas de apoyo como un conjunto organizado de subsistemas interactuando entre sí, donde la persona adulta mayor ocupa el lugar central, difundiendo la información a las autoridades pertinentes de salud, para luego ampliar nuestro trabajo y tomar las medidas necesarias.

Los beneficiarios directos son los adultos mayores, y los indirectos su familia ya que ellos deberán contribuir a mejorar la calidad de vida de estos.



4. MARCO TEÓRICO

4.1 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas transitorias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia (1).

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual.

Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo. En este contexto la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores, que llegan a un envejecimiento activo.

En las primeras etapas del ciclo vital las enfermedades se manifiestan, a través de una semiología clásica y definida. En la adultez mayor se produce un cambio en la expresión de las enfermedades, los síntomas y signos clásicos esperables en otras edades frente a las mismas enfermedades son diferentes.

En la vejez la expresión de las enfermedades, suele ser más oculta, atípica y los síntomas se modifican; por ejemplo, aumenta el umbral del dolor, cambia la regulación de la temperatura y el balance hidroelectrolítico, se modifican los mecanismos compensatorios como taquicardia y polipnea, incluso en algunas ocasiones, existiendo compromiso y los signos y síntomas clásicos aparecen normales. Es así como una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el adulto mayor se produce, a través de alteraciones de la funcionalidad, que se constituye en el signo de alerta más significativo.



4.2 LA DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto (1) (2).

La mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida.

Entre las perspectivas para tratar de comprender las causas de la depresión están: Las teorías biológicas que suponen que la causa de la depresión se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia.

4.3 LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

Es erróneo creer que es normal que los adultos mayores se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un adulto mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez.

La depresión en las personas de la tercera edad es un importante problema de salud mental por su mayor gravedad, su elevado riesgo de suicidio y las dificultades que puede ofrecer para su correcta identificación, ya que el adulto mayor frecuentemente padece al mismo tiempo enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, la hipertensión, cáncer, o incluso otros padecimientos del sistema nervioso central como Parkinson y Alzheimer.

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población adulta mayor, siendo su frecuencia variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. “La depresión es un trastorno de ánimo con una prevalencia en los mayores de 65 años con valores de 16.5% en la comunidad y un 29% en la atención primaria,



sin embargo menos de la mitad de los pacientes con depresión son reconocidos. La razón es que no se ha creado suficiente conciencia del impacto de la enfermedad en esta población y no se tienen claros los factores de riesgo y signos tempranos de esta población. La organización mundial de la salud ha dicho que la depresión será la segunda causa de discapacidad después de las enfermedades cardíacas para el año 2020”¹¹

Es importante destacar el fuerte riesgo de suicidio que tiene la persona deprimida en esta edad, siendo cuatro veces mayor que los deprimidos de menor edad. Existen una serie de variables que se asocian con este riesgo, entre las que destacan, la ausencia de apoyo familiar, mala salud física, alcoholismo y sentimiento de culpa, entre otras.

“Datos estadísticos de nuestro país revelan que la satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%).”¹¹

Desafortunadamente, la depresión senil no recibe la atención que merece por su magnitud y trascendencia y sólo un escaso porcentaje de adultos mayores con depresión recibe un tratamiento adecuado.

El hecho de que se considere a la depresión como una consecuencia lógica del envejecimiento, constituye un factor muy importante que actúa negativamente en detectar el padecimiento.

Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Entre los factores que favorecen la aparición de depresión en la tercera edad, se encuentran los cambios biológicos o bioquímico-cerebrales, enfermedades y las limitaciones psicofísicas, además de los distintos acontecimientos desfavorables que va sufriendo a lo largo de la vida, como la pérdida de familiares y amigos, la jubilación que implica una pérdida económica y privación de status social y prestigio y el rechazo familiar, entre otros.



Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria.

Aunque la depresión puede manifestarse con los síntomas comentados a cualquier edad, la forma de presentación en las personas mayores puede ser un poco diferente. En primer lugar, algunos síntomas de enfermedades físicas puede ser similares a algunos de los de la depresión, por ejemplo, la pérdida de apetito o el sueño alterado pueden ser consecuencia de la depresión o bien ser secundarios a diferentes condiciones físicas, tales como las cardiopatías o la artritis.

En segundo lugar, es característico de las personas mayores el quejarse menos de estar deprimidos y en su lugar expresar gran malestar por síntomas corporales con frecuencia asociados a una preocupación constante sobre la posibilidad de tener una enfermedad, aún cuando su médico no tenga indicios para sospechar ninguna. Probablemente, la razón para esto es que muchas personas mayores han sido educadas para no molestar a sus médicos con otras cosas que no sean quejas físicas.

A veces, la depresión en una persona mayor da lugar a síntomas muy graves de ansiedad y preocupación. De hecho, la preocupación y agitación pueden ser tan intensas que la persona puede parecer confusa. Las personas mayores se quejan de sus fallos de memoria y concentración, y ocasionalmente la depresión grave puede ser confundida con una demencia senil.

Las personas muy deprimidas son también conscientes de que su memoria está siendo menos eficiente, mientras que las personas con demencia senil generalmente no lo son. La demencia y la depresión son dos condiciones bastante independientes, por tanto se retrasa el pedir ayuda por miedo a que le declaren senil o demente. Sin embargo, es preciso no olvidar que las personas con demencia senil están bastante predispuestas a padecer depresión, y en ocasiones el tratarla puede ser de bastante ayuda.



Por último, el vivir solo no conduce automáticamente a depresión, aunque mucha gente joven lo crea así. Más bien, en ocasiones una persona mayor que se ha adaptado a vivir sola gradualmente desarrolla un sentimiento de soledad que no estaba allí antes, o ciertamente no tan intenso. De nuevo esto puede ser un signo de depresión.

4.4 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Los síntomas depresivos pueden atribuirse al proceso de envejecimiento y a sus pérdidas asociadas. Los adultos mayores informan de síntomas somáticos, sobre todo referentes a aparato digestivo, astenia, insomnio, y conductas adictivas como el alcoholismo, con más frecuencia que de ánimo deprimido, lo cual lleva a múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos si no son reconocidos. Refieren a menudo ansiedad generalizada o irritabilidad, y pérdida de peso en relación directa con la intensidad de la depresión. Verbalizan menos sentimientos de inutilidad o de culpa y con frecuencia presentan alexitimia, que es la incapacidad de verbalizar experiencias afectivas. Es frecuente el allanamiento afectivo en adultos mayores severamente deprimidos (falta de expresividad facial, disminución de movimientos espontáneos, pobre contacto ocular y poca reactividad emocional), y encontramos conductas regresivas, que reflejan un retorno al funcionamiento infantil (incontinencia doble, rechazo a la alimentación, «rabieta» para obtener atención), sobre todo en personalidades dependientes con incapacidad física (3).

Aunque una minoría importante presenta recurrencias de episodios depresivos previos, es más frecuente en los adultos mayores la depresión de inicio en la edad tardía. Entre sus características destacan una menor frecuencia de historia familiar de depresión, mayor frecuencia de deterioro cognitivo, superior frecuencia de atrofia cerebral y cambios de la sustancia blanca en pruebas de neuroimagen, disfunción de los sistemas frontales del cerebro y aumento de las recurrencias, co-morbilidad médica y mortalidad.



Tabla 1. Clasificación de los Trastornos Depresivos

Tipo de Trastorno
Trastorno depresivo mayor
Trastorno distímico
Trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto
Trastorno bipolar I
Trastorno bipolar II
Trastorno ciclotímico
Trastorno del estado de ánimo por enfermedad médica
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Fuente: Kaplan and Sadock: Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica 4ta ed – Sadock, Benjamin J. MD.

Aunque el síntoma básico es la tristeza vital, el adulto mayor suele "enmascararla" con quejas relativas a síntomas físicos inespecíficos. Con cierta frecuencia se queja de que la tristeza surge dentro o que se arraiga en el pecho o en el vientre, sin embargo, la depresión se puede diferenciar de un episodio de tristeza por la duración de tiempo.

La señal más temprana de depresión es la disminución de la capacidad para experimentar placer, felicidad o bienestar. El adulto mayor ya no muestra interés alguno por sus ocupaciones favoritas, nada le ilusiona, nada le llama la atención. Más adelante, puede experimentar angustia en mayor o menor grado, acompañada de dolores de cabeza, diarrea, bolo esofágico, tensión muscular, agitaciones y dolores diversos inespecíficos.

Con frecuencia, el adulto mayor sufre alteraciones del sueño, siendo el insomnio la más común; puede encontrarse irritable, ya sea en un estado general de malhumor o simplemente intolerante ante motivos mínimos, y en la mayoría de los casos, los hombres pueden perder peso y apetito; mientras que en las mujeres se incrementa.

Características clínicas de las depresiones seniles:

- Agitación frecuente.
- Ansiedad y quejas somáticas diversas.



- Disminución de memoria, raciocinio y concentración.
- Mayor riesgo suicida.
- Humor deprimido
- Rápida progresión de los síntomas
- Comienzo del trastorno bastante preciso
- Frecuentes respuestas de "no sé"

4.5 DEPRESIÓN E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La depresión como la hipertensión arterial constituyen dos problemas de salud pública relevantes. La incidencia de depresión que la población hipertensa presentó fue del 51%.

Si se consideran estos dos indicadores y se analizan a la luz de la evidencia científica disponible que demuestra que la asociación de ambas enfermedades está ligada a un mayor desarrollo de enfermedades cardiovasculares, claramente se puede afirmar que este grupo de pacientes se constituyen como grupo de riesgo relevante y que debe ser considerado al momento de planificar intervenciones de promoción y prevención, presentando especial importancia la pesquisa y diagnóstico precoz.

Es por lo anterior que se hace relevante el considerar la evaluación del estado del ánimo de aquellas personas adultas mayores que cursan hipertensión arterial, en especial a aquellos con dificultades en el control de la misma y de adherencia al tratamiento médico depresivo.

La alta prevalencia de depresión en población hipertensa obliga a los profesionales de la salud a estar atentos a las manifestaciones clínicas que sugieran la presencia de depresión mayor en este grupo de usuarios. El diagnóstico precoz y la instauración de un plan terapéutico de abordaje eficiente, adecuado y a tiempo repercutirá directamente en la calidad de vida de los mismos, disminuyendo el riesgo de complicaciones cardiovasculares y finalmente influyendo directamente en la disminución de los costos en salud de la atención primaria.



4.6 DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

Bastantes hallazgos han mostrado que la relación entre la depresión y varios trastornos neurológicos, entre ellos la enfermedad cerebro-vascular (ECV) con una prevalencia del 26%, es bidireccional, es decir, no solamente los trastornos depresivos son una complicación frecuente de la ECV, sino que múltiples estudios han encontrado que la depresión es un factor de riesgo independiente para la presencia de ECV y otras patologías como enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes, entre otras. Además, los pacientes que tienen ECV y depresión presentan tasas mayores de mortalidad, morbilidad y pobre recuperación cognitiva y neurológica

Los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión, son una complicación frecuente de la ECV. Varios estudios han calculado una prevalencia de depresión post-ECV de entre 30% y 50% después de un infarto cerebral, donde la más frecuente se da pasados entre tres y seis meses (4).

4.7 DEPRESIÓN Y DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus y la depresión constituyen las enfermedades más prevalentes en el mundo, dentro de sus respectivas áreas de estudio, la metabólica y la psiquiátrica. Sin embargo, existe evidencia de que los pacientes con diabetes tienen mayor riesgo de padecer depresión.

En EE.UU. actualmente la población de adultos mayores representa unos 35 millones (12,4% de la población) y el 15,3% son diabéticos (5,4 millones) y un 6,9% (2,4 millones) no están diagnosticados, y de éstos un 40% en el momento del diagnóstico ya presentarán complicaciones.

Estudios epidemiológicos indican que no sólo existe mayor prevalencia de depresión en la diabetes, sino que su asociación incrementa la morbimortalidad de los pacientes. A pesar de que existe un considerable número de estudios clínicos que apoyan esta relación, poco se ha descrito acerca de los mecanismos neuroquímicos que constituirían sus bases neurobiológicas (5) (6).



Aproximadamente un tercio de los pacientes con diabetes tienen algún grado de depresión, lo que favorece un mal control metabólico. Por otra parte, las complicaciones tardías de la diabetes agravan aún más la depresión.

La depresión puede aumentar hasta un 37% el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en comparación con los sujetos no deprimidos. Aun cuando no es un factor identificable etiopatogénico, los cambios en los diferentes sistemas hormonales (cortisol, insulina, hormona de crecimiento, etc.), neurotransmisores (serotonina), y el sistema nervioso autónomo activado juega un papel relevante. El tratamiento debe ser ajustado de acuerdo a las directrices establecidas por cada entidad a fin de asegurar un bienestar de la persona (6).

4.8 DEPRESIÓN Y ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo, de carácter sistémico que se expresa clínicamente por una afectación poli-articular inflamatoria, con tendencia a la simetría, de curso variable, pero habitualmente crónico, con oscilaciones de actividad, y evolución hacia deformidades y rigideces articulares, pudiendo afectar no sólo el bienestar físico, en forma de incapacidad, sino también el estado psíquico de los pacientes. Se ha demostrado que en los pacientes aquejados de una enfermedad física grave o con enfermedades crónicas éstas pueden ser causa de trastornos emocionales, pudiendo presentar con frecuencia síntomas de depresión (7).

“Se ha descrito que la prevalencia de la AR en las personas de 60 años o más es aproximadamente del 2% y los estudios de prevalencia de los síntomas depresivos en la AR son discrepantes; mientras algunos autores opinan que la depresión no es más común en la AR que en otras enfermedades reumáticas, otros consideran que la artritis Reumatoide puede causar depresión en los pacientes que la padecen en un 33, 49%”^{III}

4.9 DEPRESIÓN Y NEOPLASIAS



“El cáncer es considerado como una enfermedad del adulto mayor. Más del 65% de todas las neoplasias malignas ocurre en este grupo. El riesgo de cáncer se incrementa con la edad debido a un período mayor de exposición a numerosos cancerígenos. El 37,2% de personas con neoplasias sufren de depresión”^{IV}.

Científicos han mostrado que hay razones bioquímicas, aparte del proceso traumático que provoca el diagnóstico, por las que los pacientes aquejados de cáncer pueden llegar a estar deprimidos.

Un equipo de la Universidad de Chicago ha realizado hallazgos significativos en esta área encontrando que los tumores producen cambios bioquímicos que pueden producir cambios de humor. Estos descubrimientos pueden arrojar nuevas perspectivas y explicaciones acerca del alto grado de prevalencia y riesgo de padecer depresión en los pacientes con cáncer (8).

Es conocido hace mucho tiempo que el cáncer está asociado con la depresión. Los expertos pensaban que dicha vinculación estaba asociada bien al trauma sufrido por el diagnóstico o, previsiblemente, a los efectos colaterales de la quimioterapia.

Este nuevo estudio sugiere una tercera posibilidad. Los investigadores encontraron que las sustancias asociadas con la depresión son producidas en cantidades elevadas por los tumores y son transmitidas al cerebro donde impactan en el área que regula las emociones, el hipocampo.

Adicionalmente, las vías químicas que normalmente pondrían freno al impacto de la depresión parecen ser bloqueadas por el desarrollo de tumores.

“El experimento, llevado a cabo con ratas, encontró que los animales con tumores se encontraban menos motivados para intentar escapar cuando se les sometía a un test de inmersión, prueba que se les administraba para simular la depresión en humanos. Las ratas con tumores, adicionalmente, estaban menos dispuestas a beber agua con azúcar, sustancia que provoca habitualmente en roedores saludables un intenso deseo de ser ingerida”^{IV}.



Finalmente, se demuestra que los niveles de citoquina, que es producida por el sistema inmunológico, se encuentran anormalmente elevados en ratas aquejadas de tumores. Se ha vinculado causalmente un nivel alto de citoquinas con la depresión.

4.10 DEPRESIÓN Y ABANDONO

Abandono social hacia el adulto mayor suele definirse como: la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional. Los adultos mayores suelen deprimirse mucho, no quieren comer y no quieren vivir e incluso quieren quitarse la vida (9).

El abandono o desplazamiento tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud y sentimientos ocasionando en ellos la depresión.

Los adultos mayores son afectados en un principio con un abandono social familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar.

Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia al igual que las personas afectadas. La comunicación se interrumpe cortando toda relación e interacción entre los componentes familiares y el sujeto de la tercera edad.

Sus emociones también sufren un cambio en el proceso del olvido, transformándose en personas sensibles y que se ven afectadas por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que en consecuencia afectan su salud, su percepción de los estímulos y sensaciones.

La conducta se transforma su sensibilidad crece y todo a su alrededor le molesta, ruidos, cosas en general. Como por ejemplo si un niño pasa corriendo le molestará reaccionado en forma violenta y agresiva en el trato que tendrá



con el niño. Esto a su vez provoca un mayor aislamiento en perjuicio de sí mismo.

La soledad que afecta al adulto mayor se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia. Anímicamente decaen siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar.

La salud psicológica se ve afectada, la percepción de la realidad cambia no es la misma que los demás perciben, a esto último debemos agregar la responsabilidad que tienen el abuso físico que muchos adultos mayores sufren por parte de sus familiares (hijos, nueras, yernos, nietos, etc.), esto además de los estímulos externos, en sus alteraciones nerviosas, etc. Ocasionando un desequilibrio en su personalidad afectan sus relaciones como ser social.

El aislamiento y la soledad en el adulto mayor sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización. Se ha observado que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores.

4.11 MEDICIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN

Entre los instrumentos más utilizados para la valoración de depresión en adultos mayores, se encuentra la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que ha sido utilizada extensamente con la población adulta mayor y que se detalla a continuación:

“Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico” v.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems,



incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último.

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor.

4.12 INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE YESAVAGE

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 ó 0-15, según la versión (10).

Para la versión de 30 ítems (Anexo 1) los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

- No depresión 0-9 puntos
- Depresión moderada 10-19 puntos
- Depresión severa 20-30 puntos

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

- No depresión 0-5 puntos
- Probable depresión 6-9 puntos
- Depresión establecida 10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión.



5. HIPÓTESIS

La prevalencia de depresión es mayor al 16,5% y está asociada a factores como HTA, ECV, diabetes, artropatías, neoplasias y el abandono, en adultos mayores de la parroquia Cañaribamba de Cuenca.

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL

- Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados como HTA, ECV, diabetes, artritis reumatoide, neoplasias y el abandono, en el adulto mayor de la parroquia Cañaribamba, en el 2013.

6.2 ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor según la edad, sexo, ocupación.
- Determinar la prevalencia de factores asociados como HTA, diabetes, ECV, artritis reumatoide, neoplasias, y abandono.
- Establecer la relación entre depresión y factores asociados como HTA, diabetes, ECV, artritis reumatoide, neoplasia, y abandono.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio que se realizó es un estudio de prevalencia en el que se determinó la frecuencia de depresión en los adultos mayores en la parroquia Cañaribamba y su asociación con diversos factores.

7.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca, de la provincia del Azuay – Ecuador,

7.2.1 Límites



La Parroquia CAÑARIBAMABA, se encuentra delimitada de la siguiente manera: del cruce de la vereda oriental de la Avda. Guapondélig y la vereda de la Avda. González Suárez, en dirección oriental sigue hasta la intersección con la vereda oriental de Avda. Max Uhle; en dirección sur por la vereda occidental de esta avenida hasta el Río Cuenca; sigue aguas arriba por la margen norte de este Río hasta la unión de los Ríos Tomebamba y Yanuncay y continúa aguas arriba por la margen norte del Río Tomebamba hasta la Avda. Huayna-Cápac; sigue por dirección norte por la vereda oriental de la Avda. Huayna-Cápac hasta la intersección sur de la Carrera Cacique-Duma sigue con dirección oriental por esta Carrera hasta la Avenida Guapondélig; parte con dirección nororiental por la vereda sur de la Avda. González Suárez.

7.2.2 Población

La población estimada de esta parroquia según el censo del 2010, es de 11867 habitantes, con una población de adultos mayores de 1104; sin embargo los numerosos establecimientos públicos y privados, asentados en esta parte de la ciudad, la han convertido en una de las zonas urbanas con alta movilidad o concentración poblacional. Dentro de la parroquia se encuentran asentados numerosos establecimientos educativos primarios, secundarios y universitarios. En esta zona también se encuentra asentado el Hospital Regional, un centro de salud y varios subcentros de salud.

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todos los adultos mayores de 65 años de la zona de Cañaribamba.

7.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Todos las personas que tuvieron 65 años o más consideradas adultos mayores de la parroquia Cañaribamba,

Muestra: para la obtención de la muestra se utilizaron las siguiente restricciones muestrales

- Población de estudio de 1104
- Prevalencia 16,5%



- Error del 5 %
- Índice de confianza 95%
- Muestra: 178
- 10% de pérdida: 17,8
- Total de muestra fidedigna: 298,5
- Total de muestra: 300

7.5 VARIABLES

Dependiente: Depresión

Independientes: Edad, Género, Ocupación, Hipertensión Arterial, Enfermedad Cerebro Vasculares, Artritis, Diabetes Mellitus, Neoplasia, Abandono.

Operacionalización de las Variables: Anexo N° 4.

7.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los datos fueron obtenidos de los adultos mayores de la parroquia de Cañaribamba de la ciudad de Cuenca a través de una encuesta que está detallada en el anexo N° 1, la cual fue realizada cara a cara en los domicilios de dichas personas por los autores para la obtención de los datos demográficos y factores asociados que duró aproximadamente 6 meses. Con el fin de recolectar datos concretos centrados en la depresión se utilizó la Escala validada de Depresión Geriátrica de Yesavage, anexo N° 2, la cual evaluó el estado de ánimo de los adultos mayores.

7.7 PROCEDIMIENTOS

- **Capacitación:** Consultar de manera concreta, precisa y completa la bibliografía
- **Supervisión:** Ésta investigación fue supervisada por la Dra. Lorena Encalada
- **Autorización:** se realizó la solicitud dirigida al Presidente de la junta parroquial de la parroquia de Cañaribamba.



7.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Programas que se utilizaron para el análisis de datos son los siguientes:

Microsoft Office Excel 2007 y SPSS version 15.

Luego de la recolección de datos se tabularon y se resumió mediante tablas.

Medidas estadísticas: Frecuencia,

Para la tabulación se utilizó el programa SPSS versión 15 para análisis demográficos estadística descriptiva, como frecuencia, porcentaje, medidas de tendencia central como desvíos estándares, promedios.

Para buscar asociaciones entre variables estudiadas se usaron razón de prevalencia con intervalo de confianza 95% y significancia estadística el chi cuadrado.

7.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los investigadores nos comprometimos a guardar confidencialidad de los datos obtenidos cuyo fin fue exclusivo y dirigido para la investigación, de tal forma que nos faculte a la verificación de datos.

Se presentó el proyecto al departamento de bioética de la facultad de ciencias médicas para su aprobación.

Se solicitó consentimiento informado a las personas que ingresen al proyecto (anexo N°3).



8. RESULTADOS

8.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN.

Tabla 1. Distribución de 300 adultos mayores de la parroquia Cañaribamba según datos demográficos. Cuenca, 2013.

CARACTERÍSTICA		n= 300 (100%)
Edad*	65-74 años	196 (65,3)
	75-84 años	77 (25,7)
	Mayor a 84 años	27 (9)
Sexo	Femenino	200 (66,7)
	Masculino	100 (33,3)
Estado civil	Casado	120 (40)
	Viudo	105 (35)
	Separado	22 (7,3)
	Divorciado	21 (7)
	Soltero	19 (6,3)
	Unión libre	13 (4,3)
Ocupación	Si	180 (60)
	No	120 (40)
TIPO DE OCUPACIÓN		n= 180 (100%)
	Jubilado	67 (37,2)
	QQDD	44 (24,4)
	Comerciante	37 (20,6)
	Labor profesional	22 (12,2)
	Agricultor	8 (4,4)
	Costurera	1 (0,6)
	Estilista	1 (0,6)

*X= 73,71 años

DE= 7,1 años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras



La media de edad se ubicó en 73,71 años con una desviación estándar de 7,1 años; siendo el grupo de adultos mayores entre los 65-74 años el más prevalente con el 65,3% de la población; la femenina fue el doble de la masculina representando el 66,7%.

Los adultos mayores casados y viudos fueron los más frecuentes con un 40% y 35% respectivamente; el 60% de esta población mencionó que tiene una ocupación y de esta población el 37,2% es jubilado y el 24,4% se ocupa en Quehaceres domésticos.

8.2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DE VIVIENDA

Tabla 2. Distribución de 300 adultos mayores de la parroquia Cañaribamba según características sociales y de vivienda. Cuenca, 2013.

CARACTERÍSTICA		n=300 (100%)
Vive solo		
	Si	59 (19,7)
	No	241 (80,3)
Acompañante en la casa		n=241 (100%)
	Esposo/a	116 (48,1)
	Hijo/a	90 (37,3)
	Empleado	23 (9,5)
	Nieto/a	5 (2,1)
	Sobrino/a	5 (2,1)
	Madre	2 (0,8)
Solo por largos periodos		n=300 (100%)
	Si	93 (31)
	No	207 (69)
Casa segura		n=300 (100%)
	Si	237 (79)
	No	63 (21)
Falta de ayuda para cuidados		n=300 (100%)
	Si	38 (12,7)
	No	262 (87,3)

Fuente: Formulario de recolección de datos



Elaborado por: Las autoras

El 19,7% de la población de adultos mayores reside solo en sus domicilios; mientras que el 80,3% vive con alguien siendo en el 48,1% de esta población el esposo/a quien acompaña al adulto mayor.

El 31% de la población ha sido dejado solo por largos periodos de tiempo mientras que el 12,7% tiene falta de ayuda para cuidar a su persona cuando lo necesita.

El 79% de la población refirió que su casa es segura.

8.3 COMORBILIDADES

Tabla 3. Distribución de 300 adultos mayores de la parroquia Cañaribamba según presencia de comorbilidades. Cuenca, 2013.

Comorbilidades	n=300 (100%)
Presentes	243 (81)
Ausentes	57 (19)
Tipo de comorbilidad	
HTA	129 (43)
Diabetes	82 (27,3)
Artritis reumatoide	67 (22,3)
ECV	18 (6)
Neoplasia	18 (6)
Hipotiroidismo	14 (4,7)

Fuente: Formulario de recolección de datos

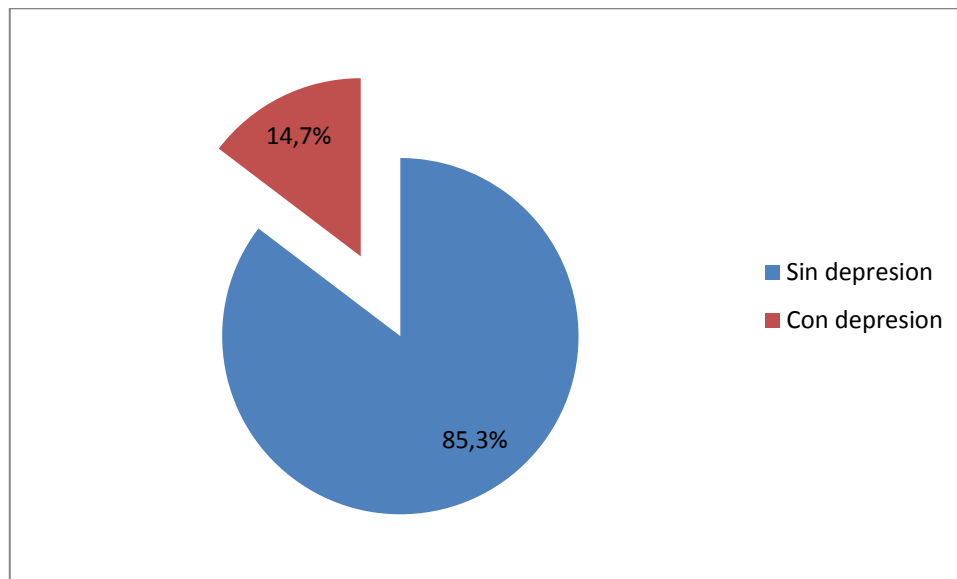
Elaborado por: Las autoras

La presencia de comorbilidades en la población fue del 81%; siendo la HTA la de mayor prevalencia con el 43%; los valores y porcentajes de los tipos de comorbilidades no suman el 100% pues un paciente presentó más de una comorbilidad.



8.4 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN

Gráfico1. Distribución de 300 adultos mayores de la Parroquia Cañaribamba según prevalencia de depresión. Cuenca, 2013.



Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La prevalencia de depresión en esta población de adultos mayores se ubicó en un 14,7% (44 casos).



8.5 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN FACTORES DEMOGRÁFICOS

Para la realización de las tablas de contingencia las variables exposición fueron dicotomizadas de acuerdo a la bibliografía y a la frecuencia de presentación.

Tabla 4. Distribución de 300 adultos mayores de la parroquia Cañaribamba según prevalencia de depresión y asociación a características demográficas. Cuenca, 2013.

Variable	Depresión		Total	RP (IC 95%)	p
	Presente	Ausente			
	n (%)	n (%)			
Edad					
Más de 74 años	21 (20,1)	83 (79,8)	104	1,72 (1-2,9)	0,04
65-74 años	23 (11,7)	173 (88,3)	196		
Sexo					
Femenino	23 (11,5)	177 (88,5)	200	0,54 (0,3-0,9)	0,02
Masculino	21 (21)	79 (79)	100		
Estado civil					
Sin pareja	36 (21,5)	131 (78,5)	167	3,58 (1,7-7,4)	0,0002
Con pareja	8 (6)	125 (94)	133		
Ocupación					
Sin ocupación	25 (20,8)	95 (79,2)	120	1,9 (1,1-3,4)	0,01
Con ocupación	19 (10,6)	161 (89,4)	180		
Vive solo					
Si	14 (23,7)	45 (76,3)	59	1,9 (1,08-3,3)	0,02
No	30 (12,4)	211 (87,6)	241		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La depresión fue más prevalente en adultos mayores de más de 74 años (20,1%), de sexo masculino (21%), sin pareja (21,5%) y aquellos sin ocupación (20,8%).

La edad tuvo 1,72 veces más probabilidad de estar asociado a depresión en los mayores de 74 años y esta asociación fue significativa (IC 95% 1-2,9).

En el caso del estado civil la probabilidad de depresión fue 3,58 veces en los que no tenían pareja (IC 95% 1,7-7,4) y en 1,9 veces en los desocupados (IC 95% 1,1-3,4) que en los adultos mayores que tenían alguna ocupación; en todos los casos hubo significancia estadística (p <0,05).

La probabilidad de depresión al vivir solo fue de 1,9 veces (IC 95% 1,08-3,3) en comparación con los pacientes que residen acompañados



8.6 FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN

Tabla 5. Distribución de 300 adultos mayores de la parroquia Cañaribamba según factores asociados a depresión. Cuenca, 2013.

Factor	Depresión		Total	RP (IC 95%)	p
	Presente	Ausente			
	n (%)	n (%)			
Neoplasia					
Si	6 (33,3)	12 (66,7)	18	2,4 (1,2-5)	0,02
No	38 (13,5)	244 (86,5)	282		
ECV					
Si	6 (33,3)	12 (66,7)	18	2,4 (1,2-5)	0,02
No	38 (13,5)	244 (86,5)	282		
Diabetes					
Si	18 (22)	64 (78)	82	1,8 (1,06-3,1)	0,028
No	26 (11,9)	192 (88,1)	218		
Artritis reumatoide					
Si	14 (20,9)	53 (79,1)	67	1,6 (0,9-2,8)	0,07
No	30 (12,9)	203 (87,1)	233		
HTA					
Si	22 (17,1)	107 (82,9)	129	1,32 (0,7-2,2)	0,31
No	22 (12,9)	149 (87,1)	171		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Los factores asociados que aumentan la probabilidad de depresión en este grupo poblacional fueron: la presencia de neoplasia con una RP de 2,4 (IC 95% 2,4-5), presencia de ECV en 2,4 veces (IC 95% 2,4-5), la diabetes en 1,8 veces (IC 95% 1,06-3,1).



9. DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud 2013 (10) menciona que las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, la sociedad y la fuerza de trabajo. La mayoría de estas personas gozan de buena salud mental, pero muchas corren el riesgo de padecer trastornos mentales, neurales o por abuso de sustancias psicoactivas, también de enfermedades somáticas o discapacidad.

También proporciona datos sobre depresión en este grupo y expone que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad añade que afecta a un 7% de la población de adultos mayores en general y representa un 1,6% de la discapacidad total (AVAD) en los de 60 años de edad y mayores. (10).

Menéndez y colaboradores 2005 (11) en una población de 5 064 907 personas de 60 años o más que residían en siete ciudades participantes de América Latina, en uno de los mayores estudios llevados a cabo encontraron que la prevalencia de depresión en adultos mayores es variable, revisando los resultados por países se observa que en Buenos Aires la prevalencia llegó a un 21,9%; en Sao Paulo un 7%; en Santiago de Chile un 33,4%; en la Ciudad de México un 23,2% y en Montevideo un 23,8%; estos autores utilizaron la misma herramienta para diagnóstico de depresión es decir la escala geriátrica de Yesavage.

En nuestra población de adultos mayores, la prevalencia de depresión se ubicó en 14,7% si la comparamos con los datos provistos por el estudio mencionado anteriormente, encontramos que en nuestra población los adultos mayores presentan menor frecuencia de depresión, sin embargo esta prevalencia encontrada resulta elevada si la comparamos con la mencionada por la OMS (10) que expresa que los trastornos de depresión afectan al 7% de la población de edad mayor, como se observa la prevalencia de depresión según las poblaciones es variable y en la población de la parroquia Cañaribamba se



encuentra entre los valores bajos de lo reportado en las poblaciones Latinoamericanas.

Becerra 2009 en España (12) menciona que según el DSM-IV-TR, la prevalencia varía entre 1.3% a 2.8%, el CIE-10 refiere 4.5% a 5.1%. Estudios europeos utilizando la escala de depresión Euro-D, 26.1% a 31.2%, y la de GSM-AGECAT, 30% a 35.9%. En el estudio latinoamericano SABE, varía de 16.5% a 30.1% en mujeres mientras que en varones es menor (11.8% a 19.6%). El grupo 10/66 ha encontrado que Perú, México y Venezuela comparten una prevalencia similar a la de Europa y a la del SABE. La tasa aumenta aún más en pacientes hospitalizados y/o que viven en “residencias”; igual reflexión que la mencionada anteriormente aunque esta autora cita estudios donde se encuentran prevalencias menores colocando a nuestra población con una frecuencia de esta enfermedad elevada.

Por último Nance en México (13) cita a Pando Moreno et al. (2001) quienes encontraron una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres y 27% en hombres. Aparecieron como mayores factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años; al respecto de la prevalencia es mayor a la de nuestra población y en lo que respecta a los factores asociados se coincide con la presencia de actividad laboral actual, el estado civil que involucre no poseer pareja y la edad avanzada.

A nivel local, Andrade 2011 (14) en un estudio con adultos mayores a nivel primario de salud (parroquia La Asunción en el Cantón Girón) encontró que el 6,3% de adultos mayores no presentan depresión, el 64,1% depresión moderada y el 29,6% depresión grave; lo que contrasta completamente con los datos encontrados en nuestra población; esta autora encontró niveles bien altos de depresión a nivel rural, el tamaño de la muestra (64 adultos mayores) es la principal limitación en este estudio sin embargo es uno de los más cercanos geográficamente.

La prevalencia de depresión fue mayor en adultos mayores de más de 74 años (20,1%), se sexo masculino (21%), en adultos mayores sin pareja (21,5%) y



aquellos sin ocupación (20,8%) siendo factores asociados los siguientes: edad más de 74 años, estado civil sin pareja y no poseer una ocupación.

Martínez y colaboradores 2007 en México (15) encontraron que en el análisis bivariado de su estudio existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. En la regresión logística persistió asociación con el sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar hospitalizado en el área de medicina interna; aunque este estudio fue realizado en pacientes adultos mayores hospitalizados nos brinda importante información sobre los factores de riesgo, al respecto en comparación con la población de nuestro estudio concuerdan la asociación con los factores de riesgo en lo referente a la edad y factores como comorbilidades sin embargo en lo que respecta al sexo no concuerda pues en nuestra población el sexo femenino es un factor protector para la presentación de depresión.

En lo que respecta a la HTA, esta patología aumenta el riesgo de depresión en este grupo en 1,32 (0,7-2,2) veces en comparación con los pacientes sin esta patología; Dois y Cazenave 2009 en Chile (16) exponen que tanto la depresión mayor como la hipertensión arterial se constituyen como dos problemas de salud pública relevantes. La incidencia de depresión mayor que presentó la población hipertensa del estudio de estos autores fue de 51%, lo que concuerda con las cifras encontradas por otros investigadores pero no coincide con lo encontrado en nuestro estudio donde en pacientes hipertensos se presentó un 23,7% de depresión.

La diabetes es una patología que aumenta el riesgo de depresión en este grupo poblacional en 1,8 (1,06-3,1) veces en comparación con personas que poseen otras patologías; al respecto de la HTA y diabetes en el año 2011; Molina y Mogrovejo 2011 en Cuenca (17) estudiaron 553 pacientes con una media de edad de 67 años encontrando que la prevalencia de diabetes fue del 47.7%, de HTA de 37.4% y en el 14.8% de la población confluyeron ambas patologías, la prevalencia de depresión fue del 81.4%, el grado moderado fue el más prevalente. La media de tiempo de enfermedad fue de 10.01 años para



HTA y de 9.67 años para diabetes, el 33.5% de la población presentó antecedentes de depresión. No se encontraron diferencias ni riesgo estadísticamente significativas para ninguna variable.

Estos autores encontraron una prevalencia de depresión elevada, muy distante porcentualmente comparado con lo encontrado en nuestra población; además se difiere con la parte asociativa estos autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre depresión y diabetes y entre depresión e HTA; algo que si se evidencia en nuestro estudio.

Un estudio llevado a cabo por Lugercho 2007 en Argentina (18) en Argentina encontró que la prevalencia de depresión en pacientes hipertensos fue del 20%; este valor es más aproximado al encontrado en nuestra población.

Por otro lado, Alexopoulos 2005 en Argentina (19) menciona que algunas patologías y diversas drogas se vinculan con la presencia de un estado de ánimo triste y la pérdida o disminución del interés en todas o casi todas las actividades del paciente; entre las enfermedades las neoplasias, la enfermedad cerebrovascular son de importancia relevante; en nuestro estudio las neoplasias y el ECV tuvieron similar prevalencia en lo que respecta a la depresión es decir un 33,3% resulta elevada, 1 de cada 3 pacientes con estas enfermedades presenta depresión, es una consecuencia que se esperaba pues las enfermedades oncológicas y el ECV por sus secuelas y en algunos casos discapacidad proveen una situación propicia para desmejorar el estado de ánimo.

Marquez y colaboradores 2005 en España (20) mencionan que el envejecimiento mundial de la población y los fenómenos naturales que la acompañan hacen de los adultos mayores un grupo de alto riesgo para padecer depresión. En nuestro medio los resultados muestran una frecuencia media en relación a los estudios que son mencionado de otras poblaciones, por lo que es obligado realizar acciones para disminuir en lo posible su presentación, actuar sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados e informar a nuestra comunidad médica de los hallazgos de este



UNIVERSIDAD DE CUENCA

estudio para que se incremente la vigilancia y se eviten riesgos en un grupo de por sí muy vulnerable.



10. CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados se plantean las siguientes conclusiones:

- La prevalencia de depresión alcanzó un 14,7% en nuestra población de estudio.
- La prevalencia de depresión fue mayor en adultos mayores con más de 74 años, de sexo masculino, de estado civil sin pareja y que no poseen ocupación.
- Se estableció asociación significativa con el hecho de vivir solo, ECV, Neoplasia y diabetes
- La prevalencia de depresión en la población en estudio resulta ser menor a la reportada por autores en otras poblaciones locales e internacionales, sin embargo las asociaciones con los factores de estudio fueron similares.



11. RECOMENDACIONES

- Se demostró que las comorbilidades aumentan significativamente el riesgo de depresión por lo que el control de éstos debe ser prioritario para la disminución de la frecuencia de esta patología.
- Se debe continuar con otras investigaciones sobre el tema en estudio en la búsqueda de nuevos factores asociados a depresión en adultos mayores para su control y/o eliminación.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baena Z. Alma, Sandoval V. Cecilia, Urbina T. Norma, Juárez Sergio, Villaseñor Bayardo. Trastornos del estado de ánimo. Revista digital Universitaria.[Revista on-line] 2006 [revisado el 20 agosto del 2012]; 6(11): 3-7 Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf
2. Andrade T. Catherine. Nivel de depresión en adultos mayores de 65 años y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción (TESIS). Girón. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública; 2011.
3. Koenig HG, Blazer DG, Hocking LB Depression, anxiety and other affective disorders. En: Cassel CK, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, Resnick NM, Rubenstein LZ et al, editores. Geriatric medicine (3.^a ed.). Nueva York: Springer-Verlag, 2007; 949-965.
4. Franco L. Jorge. Enfermedad Cerebro-vascular y depresión. Revista Colombia de Psiquiatría. [Revista on-line]. 2007 [revisado el 20 agosto del 2012]; 36: 1-3 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502007000500009&script=sci_arttext
5. Castillo Q. Jorge, Barrera B. Divia, Pérez O. Julia, Álvarez C. Fernando. Depresión y Diabetes: de la epidemiología a la Neurobiología. Revista Neurología. [Revista on-line] 2010 [revisado el 5 de septiembre del 2012]; 51 (6): 347-359 Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5106/be060347.pdf>
6. Caro JF, Guamán JR. Depresión y Diabetes. Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2008. 16 (2) 50-54. Disponible en: <http://www.revistaalad.com.ar/website/articulo.asp?id=60>
7. Pastor O, José Francisco; Llopis González, Agustín; Ferriol Casar, Virginia. Prevalencia y grado de depresión en los pacientes con artritis reumatoide Published in Med Clin (Barc). 2008; 111 (10) 361-364. Disponible en:<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/prevalencia-grado-depresion-los-pacientes-artritis-reumatoide-2538-originales-1998>



8. Nelson, C. J., Cho, C., Berk, A. R., Holland, J., & Roth, A. J. (2009). Are Gold Standard Depression Measures Appropriate for Use in Geriatric Cancer Patients? A Systematic Evaluation of Self-Report Depression Instruments Used With Geriatric, Cancer, and Geriatric Cancer Samples. *Journal of Clinical Oncology*, 28(2), 348-356.2009.23.0201. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/3002/3/93206082-2012.pdf>
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto [Guía electrónica]. España: Tórculo artes gráficas, SA; 2008 [Consultado el 10 de septiembre del 2012]. Disponible en: www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult.compl.pdf
10. Rodríguez A. Nuria. Manual de Sociología gerontológica. España: Publicacions edicions de la universidad de Barcelona; 2006.
11. Organización Mundial de la Salud. OMS. Centro de Prensa. La salud mental y los adultos mayores. Datos y cifras. 2010. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
12. Menendez J, Guevara A, Arcia N, et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Investigación original. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005. Disponible en: <http://archivo.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/26/367>
13. Becerra M. Depresión en el adulto mayor. UNAM. México. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0CF8QFjAJ&url=http%3A%2F%2Fwww.facmed.unam.mx%2Fdeptos%2Fsalud%2Fcensenanza%2Fspivsa%2Fantol%25202%2520anciano%2F2parte2013%2FVIII%2Fdepre%2Fam.pdf&ei=Wd1UsiGLtay4AP30YCYCg&usq=AFQjCNHPhEd9bUfoeCUR2wysv9ahhDCqXA&bvm=bv.56146854.d.dmg>
14. Andrade C. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón



- Girón. Azuay. 2011". Escuela Superior Politécnica del Chimborazo. Tesis de grado. 2011. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fdspace.esPOCH.edu.ec%2Fbits_tream%2F123456789%2F1467%2F1%2F34T00245.pdf&ei=qeB_Uof4IL_Gw4AOxtYGgCg&usg=AFQjCNFRhydiPgto-YPi6qP1V_4bF5Dwlw&bvm=bv.56146854,d.dmg
15. Martínez J, Martínez V, Esquivel C, et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fedumed.imss.gob.mx%2Fedumed%2Frev_med%2Fpdf%2Fgra_art%2FA91.pdf&ei=mON_Ut_YBNXd4_APh-4DABQ&usg=AFQjCNEZmUyD-5yuXayizRLalkmfOSri1Q&bvm=bv.56146854,d.dmg
16. Dois C, Cazenave A. Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2013 Nov 10]; 137(4): 475-480. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000400004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000400004>.
17. Molina J, Mogrovejo J. Relación entre depresión con diabetes e hipertensión arterial en pacientes que asisten al dispensario médico u centro de servicio social del IESS 2011. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2011. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fdspace.ucuenca.edu.ec%2Fbitstream%2F123456789%2F3509%2F1%2FMED63.pdf&ei=b_x_Uollk6vg_A7OQgfgE&usg=AFQjCNGpxUbOAXYaL7S-drWaET8tlvLz9A&bvm=bv.56146854,d.dmg
18. Lugercho C. Relación entre depresión e hipertensión arterial. Universidad Nacional de La Plata. Facultad Ciencias Médicas



- .Departamento Graduados. Carrera Postgrado en Psiquiatría y Psicología Médica. 2007. Disponible en.
19. http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CFIQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.postgradofcm.edu.ar%2FProduccionCientifica%2FTrabajosCientificos%2F7.pdf&ei=b_x_Uollk6vgA7OQgfgE&usg=AFQjCNGdTTbS8M0vDaUsCBXISh82oRQqkw&bvm=bv.56146854,d.dmg
 20. Alexopoulos G. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en los ancianos. Lancet 365(9475):1961-1970, Argentina, Jun 2005. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=65652>
 21. Marquez E, Soriano S, Garcia A, et al. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Revista Atención Primaria. Vol. 36. Núm. 06. 15 Octubre 2005. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/depresion-adulto-mayor-frecuencia-factores-riesgo-asociados-13079874-cartas-investigacion-2005>

CITAS

- I. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [Página principal de Internet], Quito: Población de Adultos Mayores en el Ecuador; 2011 [actualizada en agosto de 2011; acceso 10 de septiembre del 2012]. http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
- II. Marietan H. Semiología Psiquiátrica [Página principal en Internet]. La Depresión en el anciano. Disponible en: http://www.psicopatia.com.ar/depresion/curso_depresion/21depresion_anciano.html. Acceso en marzo 2008.
- III. Pastor O, José Francisco; Llopis González, Agustín; Ferriol Casar, Virginia. Prevalencia y grado de depresión en los pacientes con artritis reumatoide Published in Med Clin (Barc). 2008; 111 (10) 361-364. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica>



2/prevalencia-grado-depresion-los-pacientes-artritis-reumatoide-2538-originales-1998

- IV. Salud y Bienestar [Página principal en Internet], Ecuador: Cáncer y Depresión; 2012 [actualizada en 2 de febrero de 2012; acceso el 5 de septiembre del 2012]. <http://salud-bienestar.com/cancer-y-depresion/>
- V. Ramos JA, Montejo I, Lafuente R et al. Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. Actas Luso Españolas Neuro Psiquiatric 1991; 19: 174-177

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente. Quito; 2011. p. 31 – 37
2. Ministerio de Salud Pública. Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito; 2008. p 60-64
3. Burdiles P. Patricio, Jerez M. Alvaro, Kase S. Juan, Manterola D. Carlos, Michea A. Luis, et al. Geriatria. Revista Médica [Revista on-line].2012 [revisado el 10 septiembre del 2012]; 23 (1): 19- 2 Disponible en: www.globalangin.org/health/world/2012/Elderly%20in%20the%20Careb%20their%20Parents%20A%20Recent%20Phenomenon.pdf
4. Gobierno Federal. Guía de práctica clínica GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. [Guía electrónica]. México: Copyright IMSS; 2011 [Consultado el 10 de septiembre del 2012]. Disponible en: www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclnicas/Documents/194GER.pdf
5. Muhlenbrock S. Friedrich, Gómez D. Rocío, Gonzáles V. Matías, Rojas A. Alberto, Vargas G. Lorena, Muhlenbrock P. Cristian. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital de Santiago. Revista Scielo. [Revista on-line] 2011 [revisado el 20 septiembre de 2012]; 49(4): 331-337. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf



6. GeoSalud. [Página principal en internet], España: Depresión en la personas mayores; 2009 [Actualizado en enero de 2009]. www.geosalud.com/depresion/depresion_mayores.htm
7. Douglas G. Nance. Depresión en el Adulto Mayor. México; 2009. p 241-243
8. Peña S. Diana, Herazo D. Isabel, Calvo G. Manuel. Depresión en el anciano. Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia [Revista on-line].2009 [revisado el 10 septiembre del 2012]; 57 (4): 4- 8 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112009000400007&script=sci_arttext
9. Arteaga Carlos, Santa Cruz Juan, Ramírez Lizeth. Evaluación del dolor musculoesquelético en el anciano. Revista Scielo. [revista on-line 2011; 36 (1); 36-35. [visto 25 de octubre del 2012]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482011000100006&lng=es&nrm=
10. Gutiérrez Z. Gladys, Gil R. Isabel, Jiménez A. Valentina, Lugo J. Barbara. Suicidio en la tercera edad. Revista Cubana Higiene y Epidemiología [Revista on- line]. 2001 [visto 19 de octubre 2012]; 39(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artt
11. Brett D. Thombs, PHD. Roy C. Ziegelstein. Diabetes, Depression, and Death: A Randomized Controlled Trial of a Depression Treatment Program for Older Adults Based in Primary Care. [Internet]. 2008. 31 (6). 54 [visto el 1 noviembre del 2012]. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/6/e54.full>



6) ¿Vive solo?	Sí: _____ No: _____
Si responde que No, ¿Con quién vive?	
Esposo(a) _____ Hijo(a) _____ Empleado(a) _____ Otro: _____	¿Quién? _____
7) ¿Ha sido usted dejado solo por largos períodos?	Sí: _____ No: _____
8) ¿Está su casa segura?	Sí: _____ No: _____
9) ¿Tiene falta de ayuda para cuidar a su persona cuando usted lo necesita?	Sí: _____ No: _____
10) ¿Padece de una patología diagnosticada previamente por un médico?:	Sí: _____ No: _____
Nombre de la(s) Patología(s)	
Hipertensión Arterial _____ Diabetes Mellitus _____ Enfermedad Cerebro Vascular _____ Neoplasias _____ Artritis Reumatoide _____ Otras: _____	¿Cuál(es)? _____ _____

Nombre y Firma del responsable del llenado del Formulario



ANEXO N° 2 (Escala de Yesavage)



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



“Prevalencia de Depresión y factores asociados en el Adulto Mayor en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca - 2013”

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE MODIFICADA

Pregunta	Sí	No
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?		
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?		
3. ¿Nota que su vida está vacía?		
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?		
6. ¿Tiene miedo de que pase algo malo?		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?		
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?		
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?		
13. ¿Se encuentra lleno de energía?		
14. ¿Cree que su situación es desesperada?		
15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?		
PUNTAJE TOTAL		

Nombre y Firma del responsable del llenado del Formulario



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO N° 3 (Consentimiento Informado)



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



“Prevalencia de Depresión y factores asociados en el Adulto Mayor en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca - 2013”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de obtención: ___/___/___

INSTRUCCIONES: Este consentimiento informado luego de ser leído por las personas seleccionadas, será firmado antes del desarrollo de las actividades contempladas en el proyecto de investigación.

Nosotras: Andrea Palomeque y Erika Peralta, estudiantes de noveno ciclo de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, previo a la obtención de Título de Médico, nos encontramos elaborando un proyecto de investigación que lleva como título **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA, CUENCA - 2013”**, que sirve para nuestra tesis de pregrado

El objetivo principal es determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor, y los factores de riesgo asociados a su presentación en la Parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca en el año 2013.

El estudio no requiere de procedimientos invasivos ni de circunstancias que vulneren su integridad, tiene una duración aproximada de 3 meses desde su aceptación. Su participación consiste en responder una entrevista la cual será realizada en su domicilio, en la cual se llenará un formulario, el cual consta de diez secciones, en las cuales obtendremos información personal referente a su edad, sexo, estado civil, ocupación, compañía en la vivienda, patologías diagnosticadas previamente, y su estado de ánimo actual.

En ningún momento de la investigación hay un riesgo a su salud por los procedimientos efectuados, usted nos ayudaría a mejorar el conocimiento de la depresión.

La participación de cada una de las personas que intervengan es voluntaria, por lo que tienen el derecho de decidir su colaboración o no en el estudio. La investigación con la que usted colabora, no representa ningún costo económico ni para usted ni para su familia; La información proporcionada será mantenida en secreto, y va a ser utilizado únicamente para el estudio antes mencionado, Estos datos no podrán ser cedidos sin su consentimiento expreso y no lo otorga en



UNIVERSIDAD DE CUENCA

este acto. En caso de que usted desee retirarse de la investigación tiene toda la libertad de hacerlo. De la manera más sincera agradecemos su colaboración.

Para obtener mayor información comuníquese con los números de las responsables de la investigación que se encuentran a continuación: Srta. Andrea Palomeque – Celular: 0983042287 y Srta. Erika Peralta – Celular: 0985112119. Anticipamos nuestro agradecimiento a su participación.

Yo, Sr(a) _____ con Numero de Cedula _____ Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente brindar la información necesaria y realizarme los exámenes que me soliciten para la realización del proyecto de investigación **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA DE CAÑARIBAMBA, CUENCA - 2013”**.

Firma.



ANEXO N° 4

Tabla 2. Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	Tiempo en años	Tiempo en años cumplidos hasta el momento de la encuesta	65- 74 adultos Mayores Jóvenes 75- 84 Adultos Mayores > 85 Adultos Mayores viejos
Sexo	Situación orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Fenotipo	Condición de ser hombre o mujer	Hombre Mujer
Estado civil	Situación legal del adulto mayor, que lo relaciona o no con una pareja.	Legal	Cedula de Identidad	Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión Libre
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento y que generalmente requiere conocimientos especializados	Actividad laboral	Principal actividad económica desempeñada por la persona	Agricultor Comerciante Labor - Profesional Jubilado Quehaceres Domésticos Otros.
Depresión en el adulto mayor	Trastorno del estado de animo	--	Puntuación mayor o igual a 10 en la escala de depresión de Yesavage	Si No
Hipertensión Arterial	Elevación sostenida de la Presión Arterial Sistólica y/o Diastólica	TA sistólica TA diastólica en mmHg	Antecedente de Diagnóstico previo de Hipertensión Arterial	Si No



Enfermedad Cerebro Vascular	Síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular.	Antecedente	Antecedente de ECV al momento de la encuesta	Si No
Artritis Reumatoide	La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, progresiva, que afecta a múltiples órganos, predominantemente a las articulaciones, sobre todo de las manos y de los pies.	Enfermedad articular inflamatoria	Antecedente de AR al momento de la encuesta	Si No
Diabetes Mellitus	Es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia en el largo plazo daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.	Antecedente de Diabetes	Antecedente de diabetes mellitus al momento de la encuesta	Si No
Neoplasia	Es una masa anormal de tejido, con crecimiento excesivo, inordinado, y que persiste después de cesar el estímulo que le dio origen.	Diagnóstico de neoplasia	Antecedente de Neoplasia al momento de la encuesta	Si No
Abandono	Se refiere a la privación de las necesidades básicas	Abandono	Adulto mayor que vive solo o	Si No



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	del adulto mayor.		no recibe atención a sus necesidades básicas, porque no puede autovalerse.	
--	-------------------	--	--	--