



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**Facultad de Ciencias Médicas
FAREM-Carazo**

Tesis Monográfica para optar al Título de Doctor en Cirugía y Medicina

“Prevalencia de depresión en los adultos mayores residentes de los Hogares de ancianos San Pedro Claver y San Antonio del departamento de Masaya en el periodo de noviembre 2018 a febrero de 2019.”

Autoras:

Br. María Alejandra Morales Rodríguez

Br. María Gabriela López Espinoza

Tutor Científico:

Doctor Gosebrush Icaza
MSC en salud pública
Especialista en Psiquiatría

Tutor Metodológico:

Doctor Roberto A. Vásquez Castillo
Especialista en Ortopedia y Traumatología
Ms.C. Salud Pública

Jinotepe, Carazo 07 octubre 2019.

DEDICATORIA

Dios puesto que nos ha brindado amor y paciencia, nos ayuda en los momentos tan difíciles brindándonos valores que nos fortalezcan.

A Nuestros **padres**, puesto que nos brindaban apoyo y fortaleza en el desarrollo y transcurso, ayudándonos a concluir satisfactoriamente nuestras metas.

A nuestros tutores y maestros por brindarnos sus conocimientos y guiarnos durante la elaboración de este trabajo.

Nuestro **Novios** quienes han sido un pilar fundamental en la elaboración de este trabajo, brindándonos su apoyo en cada momento.

Y en especial se lo dedicamos a nuestra amiga, hermana y compañera **Magda Lisbeth Alemán Ortiz**.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido un orgullo y privilegio ser sus hijos.

A nuestros docentes por haber compartido sus conocimientos a lo largo de años de nuestra preparación y a nuestros tutores quienes no han guiado con paciencia y rectitud como docente.

A los Adultos mayores que participaron en el estudio quienes hicieron posibles esta investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor residentes en los hogares San Antonio y San Pedro Claver de la ciudad de Masaya en el periodo de noviembre 2018 a febrero de 2019.


Diseño: estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, se aplicó el test de Yesavage y el DMS5 (regla de oro), a 49 personas internadas en estos centros, lo que constituyó la muestra.

Resultados: Se encontró asociación estadística para la depresión a maltrato (OR= 5.27 (IC_{95%}; 1.11<OR<28.84); Chi Cuadrada= 4.97, p=0.02), al ser indigente (OR= 3.85 (IC_{95%}; 1.04<OR<14.16), Chi cuadrada: 4.35, p=0.03), y al no ser visitado (OR= 4.28 (IC_{95%}; 1.22<OR<15.02); Chi cuadrada: 5.46; p=0.019).

Conclusiones: La prevalencia de depresión en general fue de 34.7%, de los cuales el 22% era depresión moderada, y en un 65.3% no se encontró depresión. La media de edad fue de 77 años. El 51% son del sexo femenino. El estado civil soltero y viudo fueron los más frecuentemente encontrados con un 38.78 y 24.49% respectivamente.

Recomendaciones: Planificar y ejecutar programas de adiestramiento dirigida al personal de salud en la atención de adultos mayores. Incorporar más actividades con los de la tercera edad en el marco de MOSAFC en cada visita a terreno.

Palabras claves: depresión, test de Yesavage, DMS5, sensibilidad y especificidad del Yesavage.

 No se puede mostrar la imagen en este momento.

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.	3
III.	JUSTIFICACIÓN	7
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	8
V.	OBJETIVOS	9
I.	Objetivo General.....	9
II.	Objetivos Específicos.	9
VI.	MARCO TEÓRICO.....	10
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.	28
VIII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	38
IX.	CONCLUSIONES.....	53
X.	RECOMENDACIONES.....	54
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	55
XII.	ANEXOS.....	59

I. INTRODUCCIÓN

Los grupos poblacionales a nivel mundial se han venido incrementando en los últimos años, no exceptuándose de esta manera los adultos mayores quienes son de suma importancia dentro de nuestro núcleo familiar. (Rodríguez Artalejos, 2011). En Nicaragua existen aproximadamente más de 300 mil adultos mayores, una parte de esta población suelen encontrarse en pobreza extrema, solo algunos pueden contar con seguro de vida, en cambio otros tienen que vivir situaciones difíciles dentro de su hogar o si no sufrir abandono dentro de una casa hogar. Aproximadamente, en el país se estima que 750 adultos mayores están alojados en algunos de los 22 hogares de ancianos con lo que contamos.

Según la comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), los países cuya población adulta mayor representa más del 5% de su población total, es un país que comenzó a envejecer demográficamente y en Nicaragua, en el último censo de población y vivienda realizado en 2005, esta población representó un poco más del 6%. Por tanto, Nicaragua ya no sólo es un país de jóvenes, sino también de personas adultas mayores. (López Norori M;2016)

Los adultos mayores están propensos a un sinnúmero de enfermedades, dentro de las más frecuente están las alteraciones mentales, siendo la depresión una de las principales, con un 7 %, afectando a más del 20 % de la población mayor de 60 años. (Organización Mundial de la Salud, de aquí en adelante OMS, 2017)

Los cambios, tanto orgánicos, como psicológicos y sociales, que tiene lugar con el envejecimiento hacen más difícil su diagnóstico y aumentan la proporción de casos de depresión no diagnosticada; Así mismo se ha observado menos interés por los síntomas depresivos en la vejez debido a la creencia errónea que es consecuencia de la edad. (Millán Calentri, J.C., Maseda,A., Rochette,S., García Mnasterio, I.2011).

Por lo cual se decidió realizar esta investigación en la que se pretendió identificar la presencia de depresión en los adultos mayores que viven en los hogares de ancianos del departamento de Masaya, tomando en cuenta que este grupo poblacional es más susceptible al desarrollo de esta enfermedad según el entorno en donde se encuentre.

Se diseñó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, donde se estudiaron los resultados obtenidos con el test de Yesavage el cual orientó cuales adultos mayores pueden estar sufriendo de depresión y de esta manera recomendar el abordaje de este tipo de paciente, en los diferentes centros de internación del adulto mayor.

II. ANTECEDENTES.

Un estudio realizado en la Habana Cuba en el año 2001 realizado por González M.; en adultos que habitan en la provincia de Vizcaya (España) estudiando dos distintos grupos poblacionales de los cuales 102 varones y 156 mujeres vivían con sus familias, el resto 61 varones y 180 mujeres, residían en instituciones geriátricas. Los participantes en el estudio respondieron al cuestionario de depresión de Beck, estableciendo, en función de las respuestas, 5 niveles de depresión y mostró que el 27,1 % de los ancianos domiciliados presentaban sintomatología de depresión leve; el 16,6 %, depresión moderada y el 14,7 %, depresión grave. A su vez, el 37,3% de los jubilados institucionalizados sufría de depresión moderada-grave; el 20,7 %, depresión grave y el 4,9 % padecía sintomatología de depresión leve-moderada. (Gonzalez, 2001).

En un estudio realizado por Luisa F. Bustos A. y Johana P. Sánchez L. en un "Hogar de ancianos San Rafael" en Chía, Cundinamarca en el año 2011; de tipo descriptivo de corte transversal, se aplicó a la población en estudio la escala de depresión geriátrica de Yesavage y APGAR familiar. Con una muestra total de 59 personas se determinó que un 66.1% del sexo femenino presento depresión, en cuanto a la aplicación de la escala se encontró que un 8.5% se encontraban con depresión leve y un 1.7% depresión establecida.

El estudio sobre depresión en adultos de 60-75 años, realizado en San Lorenzo (2011) para determinar la prevalencia de depresión en dicha población, demostró que la prevalencia de depresión fue de un 52.5% de la población en total; resultado de la depresión establecida con un 27.7% y la leve con 24.8%, respectivamente. En su totalidad presentaron depresión un 68% en el sexo femenino y un 32% en el sexo masculino. En todos los rangos de edad se presentó depresión: 60-64 un 38%; 65-69 un 45%; 70-75 con 36% (Závala, L. G., Nuñez, R. C., Chavarrilla, R. S., Ochoa, L.F, Suazo, R.N., Morales, R.A, 2011).

El estudio Descriptivo realizado en Ecuador en el año 2011, sobre la Prevalencia de depresión en 84 adultos mayores de cuatro hogares de Ancianos de la provincia de cañar, se aplicó el test de Yesavage obtuvo un resultado positivo para depresión en el 70% de ellos; la edad más afectada fue de 80-89 años, de predominio en el sexo masculino con un 47.83% sobre un 36.11% para el femenino. (Vallejo Crespo, 2011).

En Lima, Perú en el año 2011, se realizó un estudio acerca de riesgo de depresión del adulto mayor en el centro residencial de "Rodulfa Viuda de Canevaro" Según los resultados, el 50,3 % presentan un riesgo de depresión moderada, y el 28,1 % presentan un riesgo de depresión severa. Con respecto a la edad, se evidencia que el 19,6 % comprenden los grupos etarios entre 60- 70 y entre 71-80 años, los cuales presentan un riesgo de depresión moderada. Asimismo, con relación al sexo, el estudio evidencia que el sexo femenino, en un 28% y el masculino en un 22,2% presentan un riesgo de depresión moderada. Se concluyó que, según el test de Yesavage, más del 50 % de los encuestados presentan un riesgo de depresión moderada. No existe diferencia significativa en la relación de depresión con la edad y el sexo (Gonzalez Navarro & Robles Vargas, 2011).

Un estudio descriptivo transversal con análisis de casos y control realizado en la ciudad de Barraquilla, Colombia en el año 2012 realizado por Borda P. Mariela, Torres A. María, Romero Laura, Suarez G. Adriana, Suarez G. Alessandra, para establecer la prevalencia y factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión en cuatro hogares de ancianos utilizando el mini mental test y la escala de Yesavage, en la población estudiada, el 36.6% se clasificó con depresión según el test de Yesavage; de esta población el 24.3% tuvo depresión leve y el 12.1% depresión severa.

La prevalencia de depresión según el test de Yesavage predominó en el grupo de edad de 65-70 años, con un 62.5%, según el sexo se presentó la presencia de depresión leve y severa con un 69 y 63% en el sexo masculino; según el nivel educativo se presentó con mayor porcentaje los que habían cursado primaria incompleta con un 74% la presencia de depresión severa y la presencia de depresión leve en un 24% los que tenían nivel profesional, según el estado civil un 50% de los adultos mayores que se encontraban soltero presentaban depresión leve y un 38% presentaron depresión severa. Se obtuvo que un 63% de los adultos mayores con depresión leve y severa presentaban comorbilidad, en deprimidos leves se encontró que un 40% los adultos mayores que padecen de hipertensión arterial, en cambio los que padecían depresión severa predominaban los trastornos neurológicos y psiquiátricos. (Bordas Perez, M, Anaya Torres, M. P, Pertuz Pebolledo, M.M, Romero de León, L., Suárez García, A., 2013).

Marlene M. Silva González y Valeria Vivar Vásquez realizaron un estudio, en Ecuador de tipo descriptivo, de carácter mixto que utilizó además el método de caso acerca de los "Factores asociados a depresión en el adulto mayor institucionalizados", en el año 2015; en donde participaron 8 adultos mayores en la fundación Gerontológica Plenitud de la ciudad de Cuenca. Se obtuvo como resultado que un 50% de los adultos mayor presentaron depresión, de dicho porcentaje se encontró depresión leve en un 25%, depresión moderada en un 12.5% y depresión grave en un 12.5%. Según los niveles de Depresión y Soledad en los adultos mayor se encontraron que un 75% se sienten solo, un 25% experimentan alineación familiar. Por lo tanto, la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores.

En un estudio realizado en Quintana, Roo por Laura Hernández Chávez, Neftalí Ricardo Muñoz, estudio de tipo descriptivo de corte transversal para identificar el índice de depresión utilizando el test de Hamilton, en un centro geriátrico de la ciudad de Chetumal; en el periodo comprendido entre marzo-abril 2015. Se utilizó una muestra no probabilística de 16 adultos de 65 a 87 años, lo que representaba un 29% de la población total de ancianos. Se encontró que un 31% presentaban cuadros de episodios depresivos leves y un 19% presentaron criterios para depresión moderada.

En un estudio realizado en Nicaragua en la universidad UNAN-León de tipo descriptivo acerca de depresión en personas de tercera edad en el asilo de ancianos de esta ciudad en el periodo de abril a agosto 2005, con una población de 70 personas utilizándose como método de recolección de datos entrevista con preguntas cerradas. Se aplicó el test psicométrico de depresión de Hamilton. Como resultado se obtuvo que un 62 % de las personas padecen algún tipo de depresión, y un 38% de estas no sufre de depresión. La depresión menor afecta en un 18 % a las personas del asilo, un 20 % con depresión mayor, un 28 % ya tiene criterios de una depresión mayor y un 34 % se encuentra clínicamente normal en relación a la depresión. (Alemán, 2005)

En un estudio descriptivo de corte transversa, realizado con 150 personas de la tercera edad del reparto la providencia de la ciudad de León, en el 2009, sobre la calidad de vida relacionada con la salud, en Adultos Mayores. Mostró una baja puntuación en calidad de vida en la salud, (55.8%) sin embargo, la medida de la salud mental obtuvo altas puntuaciones teniendo mejor salud mental los del sexo masculino con un 72.5%. (Delgado, 2009)

III. JUSTIFICACIÓN

Las poblaciones de adultos mayores son susceptibles a diferentes cambios en su estilo de vida lo cual puede ocasionar riesgo de experimentar depresión, observándose más frecuente en aquellos que se encuentran institucionalizado. Este padecimiento tiene y tendrá un peso cada vez mayor debido la dificultad para diagnosticarla en este grupo de edad.

En el país hay pocos estudios e información acerca del adulto mayor, su contexto y características. Actualmente en Nicaragua en el primer nivel de atención los programas de salud se enfocan en la niñez y mujeres embarazadas y no se cuenta con programas en los que valoren integralmente a los adultos mayores, no existe un hospital geriátrico y por lo tanto no se realizan muchas investigaciones sobre este grupo poblacional.

La depresión en los adultos mayores institucionalizados, genera un gasto en salud catastróficamente muy alto, ya que va desde 8 al 46% de los ingresos, incluso entre las personas mayores que tienen seguro. Al ser un tema poco conocido hay carencias en la asistencia sanitaria en los países de ingresos bajos; hay síndromes geriátricos asociados a la depresión y trastornos mentales que dan manifestaciones psicósomáticas que son mal diagnosticadas y tratadas, ocasionando más gasto en salud y limitan aún más su funcionalidad requiriendo personal adicional para sus cuidados personales. (Rodríguez, 2009).

Este trabajo servirá como herramienta para todo personal de salud y familiares que conviven y atienden adultos mayores, y con los resultados obtenidos aportar conocimientos adecuado para identificar este problema en pacientes geriátricos y así crear nuevas expectativas y modificar las actuaciones de asistencia y manejo en este grupo de vida especial. De igual forma pretendemos que estudiantes de la carrera de medicina se interesen más en este tema y que sirva de guía para la realización de más estudios en la población geriátrica y así brindar una mejor atención a estos pacientes.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según la organización mundial de la salud estima que la depresión será una de las enfermedades con mayor frecuencia a nivel mundial (Borges G, 2004). La prevalencia de depresión para la población en general varía entre un 5-10%, con una incidencia del 13% sin embargo esto puede verse afectado según las características de los distintos pacientes.

Los adultos mayores son un grupo susceptible al desarrollo de depresión, esto debido a diferentes factores como el abandono, maltrato, enfermedad, entre otros. Se ha observado que hasta un 70% de los pacientes geriátrico que se encuentra en una institución presenta depresión, teniendo como consecuencia deterioro en la calidad de vida de estas personas. (OMS, 2017).

En este estudio se pretende conocer la frecuencia de depresión en los adultos mayores que residen en los hogares de ancianos San Pedro Claver y San Antonio por lo cual nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en los adultos mayores residentes de los Hogares de ancianos San Pedro Claver y San Antonio del departamento de Masaya en el periodo de noviembre 2018 a febrero de 2019?

V. OBJETIVOS

Objetivo General.

- Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor residentes en los hogares San Antonio y San Pedro Claver de la ciudad de Masaya.

Objetivos Específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Detectar los antecedentes patológicos personales de los residentes²
3. Conocer la relación familiar de la población en estudio.
4. Clasificar el grado de depresión en los Adultos Mayores en estudio según escalas internacionales.

VI. MARCO TEÓRICO

El Adulto Mayor

Es una etapa de la vida de cada una de las personas al cumplir 65 años o más, también es llamada como tercera edad. Este proceso de envejecimiento se caracteriza por la presencia de cambios sociales, psicológicos y cambios en todo el organismo. (OMS, 2017).

Los Adulto Mayores son símbolo de respeto y sabiduría debido a su larga trayectoria en la vida, aunque a veces su condición de vida se torna difícil debido a que pierden el rol laboral y social, en el peor de los casos son excluidos o rechazados.

Cambios del envejecimiento

Los cambios que constituyen el envejecimiento son complejos en el plano biológico está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. (OMS, 2015).

Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años, así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona (OMS, 2015).

Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las

cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia (OMS, 2015).

Depresión y Adulto Mayor

Definición de Depresión: Del latín depressio que significa opresión, encogimiento o abatimiento. Es el diagnóstico psiquiátrico y psicológico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpa, además de provocar una incapacidad total o parcial para afrontar y disfrutar la vida cotidiana. Es un síndrome que afecta principalmente la esfera afectiva: como la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida y puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, incluso puede llevar al paciente al suicidio y pensamiento de muerte, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo o incluso somático. (Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G.,Ávila Gonzalez, M.J.,Gozalez García, A., Guitian Rodríguez, D.,Heras Liñero, E., Rodríguez, J.Triñanes Pego, Y., 2018).

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y mayores de 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. (Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G.,Ávila Gonzalez, M.J.,Gozalez García, A., Guitian Rodríguez, D.,Heras Liñero, E., Rodríguez, J.Triñanes Pego, Y., 2018).

Epidemiología de depresión en el adulto mayor.

La depresión es una enfermedad habitual que puede presentarse sola o asociada a otras enfermedades. Los ancianos son particularmente propensos a la enfermedad depresiva, lo cual supone un contratiempo por sus efectos adversos sobre calidad de

vida tanto de los pacientes como de sus familiares; asimismo los ancianos son más propensos a sufrir un deterioro en la salud en comparación con sujetos más jóvenes.

Los índices de suicidio aumentan con la edad y la depresión puede ser un factor importante en su contribución. Por ello, es de gran importancia que todos aquellos profesionales sanitarios que están a cargo del cuidado de pacientes ancianos consideren la posible presencia de una depresión (Carl Gerhard Gottfries)

La depresión es una enfermedad ampliamente extendida con una prevalencia global de 5 al 8%. La incidencia acumulativa en las personas mayores de 70 años es del 26.9% para los hombres y del 45.2% para las mujeres.

A pesar de la frecuencia de la enfermedad depresiva, cerca de dos terceras partes de las personas afectadas no solicitan tratamiento médico, de aquellos que si lo hacen más del 60% son erróneamente diagnosticados, incorrectamente tratados o reciben tratamiento farmacológico inadecuado. A menudo se le prescriben dosis insuficientes de antidepresivos y por periodos de tiempos excesivamente cortos. Sin embargo, cuando la prescripción es correcta las tasas de respuesta son buenas, con aproximadamente un 80% de pacientes que se benefician de la terapia farmacológica.

Estudios comunitarios de Gran Bretaña indica una prevalencia de depresión significativa en el 10-15% de las personas mayores, se observa una variación en la prevalencia de depresión entre ciertos grupos de ancianos presentándose en un 13-40% en pacientes ambulatorios, 10-45% en pacientes hospitalizados, un 44% pacientes ancianos en residencia y un 30% pacientes ancianos en instituciones geriátrica.

Etiología de depresión en el adulto mayor.

La etiología de la depresión en el anciano es multifactorial. Se han identificado factores de riesgo que contribuyen de forma importante, entre los que cabe destacar:

➤ El proceso normal del envejecimiento.

Se ha hipotetizado que el metabolismo cerebral de las mono aminas, en especial de 5-HT y noradrenalina, juega un papel importante en las alteraciones emocionales y en especial los trastornos del ánimo. Los cambios en el metabolismo de las monoaminas

debido al proceso de envejecimiento del cerebro y los provocados por enfermedad neurodegenerativas pueden influir en el desarrollo de la depresión.

➤ **Enfermedades como:**

- Demencia: estudios de los cerebros de pacientes con enfermedad de Alzheimer han demostrado que las alteraciones del sistema monoaminérgico se encuentra presente en esta enfermedad. Demostrándose disminución significativa del 5-HT en algunas áreas cerebrales en comparación con cerebros de controles de la misma edad. En diversos estudios se han identificado recuento de neuronas significativamente menores en el locus ceruleus de pacientes afectados de Alzheimer con depresión, comparados con pacientes con demencia sin depresión.
- Otros trastornos degenerativos: en pacientes con demencia vascular se ha demostrado que la incapacidad física es un factor importante que predispone depresión. Además, los pacientes con lesiones vasculares que afectan el lóbulo frontal izquierdo representa un grupo particularmente vulnerable a los trastornos afectivos.
- Se ha podido concluir que, tanto en el proceso de envejecimiento como en los trastornos neurodegenerativos, se produce una disminución de la actividad del sistema serotoninérgico y este sistema está implicado en el control de la actividad del eje HHA. Esta disminución de la actividad serotoninérgica puede explicar la hiperactividad del eje HHA, por otra parte, se cree que esta hiperactividad confiere la depresión en pacientes de edad avanzada en un curso progresivo, pudiendo conducir a la demencia.
- Enfermedades cardíacas: datos recientes indican una asociación entre el infarto de miocardio (IM) y la depresión. Existe una elevada prevalencia de depresión en pacientes que han sufrido un infarto; y en algunos pacientes con combinaciones de síntomas somáticos y enfermedades psiquiátricas, la enfermedad debuta con depresión. Además, los pacientes con IM y depresión

presenta mayor morbilidad en comparación con aquellos con IM, pero sin depresión.

- Enfermedades endocrinas: la depresión puede asociarse con diversas alteraciones endocrinas. Por ejemplo, niveles elevados de glucocorticoides circulantes pueden provocar depresión (ciertamente el 86% de los pacientes con síndrome de Cushing presenta síntomas de depresión) y el hipotiroidismo que es frecuente en edades avanzadas, presenta cuadro clínico que incluye con frecuencia síntomas depresivos.
 - Neoplasias: el cáncer puede ocasionar tensiones psicológicas, que pueden manifestarse secundariamente en forma de depresión presentando por lo menos la mitad de estos pacientes un trastorno psiquiátrico, habitualmente depresión.
- **Deficiencia de nutrientes esenciales.**

Se ha asociado una amplia gama de síntomas neuropsiquiátricos a deficiencias de vitamina B12, incluyendo entre ellos la depresión y la demencia. Se ha encontrado bajos niveles de vitamina B12 en ancianos sin anemia y el 32% de ellos parece tener una insuficiente receptación de vitamina B12.

La deficiencia de ácido fólico también se ha relacionado con depresión. En 1962 Hebert aportó datos en humanos que apoyaban la asociación entre deficiencia de ácido fólico y síntomas depresivos. Con una dieta pobre en ácido fólico aparece insomnio, irritabilidad, fatiga y pérdida de la memoria. Además, la investigación de pacientes depresivos demuestra que entre 15-38% presenta bajas concentraciones plasmáticas o eritrocitarias de ácido fólico.

➤ **Terapia farmacológica.**

Se ha indicado que algunos fármacos pueden inducir depresión en el adulto mayor, aunque la relación no ha sido demostrada mediante estudios controlados, se dispone, sin embargo, de una amplia de casos publicados.

Ganzini y Cols. revisaron estudios de depresión de causa farmacológica concluyendo que el mayor riesgo se da con el alcaloide antihipertensivo

reserpina, que ocasiona una depleción en los niveles de noradrenalina, dopamina y serotonina en las neuronas del sistema nervioso central.

➤ **Influencias psico-sociogénicas.**

Se ha observado un elevado número de acontecimientos vitales en pacientes ancianos con depresión. Los factores sociales pueden jugar un papel relevante, en especial los problemas económicos y de salud. Los adultos casados presentan menos riesgo para la depresión que los solteros o no casados, aunque como mínimo un 30% de las esposas de pacientes con demencia desarrollan depresión.

Aunque de la consistencia de la correlación entre acontecimientos vitales y depresión en el anciano, la magnitud de esta relación es modesta. Sin embargo, es la combinación de estos factores psicosociales con los factores biológicos los que mejor explica el inicio de la depresión en los individuos de edad avanzada.

➤ **Genética.**

Aunque es frecuente encontrar antecedentes familiares de depresión en la gente joven, ello ocurre con menor frecuencia en los ancianos deprimidos. Los pacientes con enfermedades depresivas hereditarias tienden a manifestar la enfermedad en edades más tempranas, así pues, las influencias genéticas poseen una menor importancia en el anciano.

Factores de Riesgo de Depresión en los Adultos Mayores

Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que este se cronifique, La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos:

- **Sexo:** la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres. Además, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres, en ellas es aproximadamente el doble, estos resultados pueden igual verse alterados por las variaciones de la distribución socioculturales de la población. (Segura-Cardona, A.; Cardona Arango, D.; Segura Cardona, A.; Garzón Duque, M., 2012)

- **Factores sociales:** dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y la pérdida del rol laboral. Las personas en desempleo presentan depresiones con mayor frecuencia. En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. (Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G.,Ávila Gonzalez, M.J.,Gozalez García, A., Guitian Rodríguez, D.,Heras Liñero, E., Rodríguez, J.Triñanes Pego, Y., 2018).

- **Factor espiritual:** La práctica religiosa se asocia con una menor depresión en los europeos mayores, tanto a nivel individual como nacional. Esto es especialmente cierto cuando la práctica religiosa está incrustada dentro de una orientación de valor tradicional. Algunos investigadores han propuesto que el “afrentamiento religioso” (los sujetos que perciben que la religión es el factor más importante para afrontarlo) se asocia con una mejor salud emocional y física y además descubrieron que estaba relacionado con una disminución de ciertos tipos de síntomas depresivos, incluida la pérdida de interés, los sentimientos de inutilidad, el retiro de interacciones sociales, la pérdida de esperanza y otros síntomas cognitivos de la depresión. (Blazer, 2003).

- **Factores cognitivos:** la investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. (Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G.,Ávila Gonzalez, M.J.,Gozalez García, A., Guitian Rodríguez, D.,Heras Liñero, E., Rodríguez, J.Triñanes Pego, Y., 2018).

- **Edad:** la depresión es una enfermedad la cual se ha visto con más prevalencia en pacientes mayores. Aunque existen estudios que señalan que la depresión parece ser más importante en términos numéricos entre los ancianos más viejos, existen otros muchos estudios que señalan cifras similares de depresión entre ancianos mayores de 75 años y aquellos entre 65 y 74 años. (scott, B, Brandy Sedmak, B.A., Russell, M., 2001).

- Algunos investigadores aseguran que a medida que incrementa la edad disminuye la posibilidad de ser diagnosticado debido al mayor interés en las enfermedades médicas y no mentales en este grupo de edad, dado que la atención a los desórdenes afectivos en mayores de 60 años de edad se considera un reto para el sistema de salud. (Scott, B., Brandy Sedmak, B.A., Russell, M., 2001).
- **Lugar:** suele ir aumentando la prevalencia de la depresión según el lugar o entorno en donde se encuentre el adulto mayor, siendo más frecuente en los pacientes que se encuentran institucionalizados ya suelen sentirse en un estado de abandono por sus familiares, aparte de iniciar un sentimiento de inutilidad.
- **Depresión antigua:** la presencia de una depresión antigua puede exacerbar con la edad la presencia de depresión durante etapas anteriores de la vida.
- **Relación familiar:** la cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe de sus relaciones personales puede protegerla a desarrollar esta enfermedad.
- **Situaciones estresantes:** según (Blazer, 2003) como la muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio etc. Pueden desencadenar síntomas de depresión que sostenido a lo largo del tiempo puede desencadenar una depresión clínica.
- **Presencia de alguna enfermedad:**
 - **Alzheimer:** es una demencia que produce una alteración neurodegenerativa que aparece a partir de los 65 años. Un 10% de estos pacientes sufren depresión mayor y entre un 30-40% pueden sufrir depresiones en menor gravedad o ciertos síntomas depresivos. La depresión aumenta el deterioro de las capacidades mentales. (Aguera & Hernán, 1999).

- **Diabetes:** las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión según se señala en algunas investigaciones en la revista "Diabetes care". El riesgo de aumenta en un 33% de presentar depresión en los diabéticos.
- **Cáncer:** en esta enfermedad la depresión es una afección de comorbilidad, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente un 15-25% de estos pacientes afirman según Agüera & Hernán (1997).
- **Apoyo social:** el apoyo social ha sido especialmente estudiado en relación con la depresión, parece estar relacionado con los trastornos psiquiátricos en general, así como con las enfermedades somáticas. Las mediciones del apoyo social incluyen aspectos como las relaciones íntimas, el grado de integración social, la participación en la comunidad, el tamaño de la red social y la disponibilidad de buenos amigos. La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe de sus relaciones personales puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión. Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea con su cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión. Esta situación puede combinarse con factores como el maltrato. Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión, tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge. (García Peña, C; Muñoz,O.,Durán Arenas, L., 2004).
- **Pérdida de un ser querido:** estudios de factores de riesgo en adultos mayor institucionalizados han demostrado que la pérdida de un ser cercano a ellos desencadena una serie de sentimientos de soledad que poco a poco conllevan al desarrollo de depresión. (Segura-Cardona & Cardona-Arango, 2012).

- **Nivel de escolaridad:** según resultados obtenidos en diferentes estudios de depresión en el adulto mayor se ha demostrado que existe diferencia en el nivel de escolaridad, se ha observado que a menor escolaridad mayor es la probabilidad de riesgo para desarrollar depresión. Acorde con los reportes de diferentes estudios los cuales indican que bajos niveles de educación se relaciona con la presencia de esta discapacidad ya que la autopercepción de salud es diferente. (Segura-Cardona & Cardona-Arango, 2012).
- **Dependencia del adulto mayor para realizar actividades:** la mayor prevalencia de depresión ha estado asociada a la dependencia del adulto mayor para realizar sus actividades cotidianas, situación que está condicionada por la dependencia, la pérdida de control, la sensación de vulnerabilidad, y el sentimiento de ser una carga para los demás generan malestar y frustración en el adulto mayor.

Efectos de la depresión en el adulto mayor.

Los síntomas depresivos pueden llegar a constituir trastornos severos, tales como depresión mayor, o cuadro subsindrómico, sin embargo, todo ello repercute negativamente en la salud.

La depresión en pacientes geriátricos deteriora en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran medida la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementan en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendida. (Carrasco, Herrera, Fernández, & Barros, 2013).

Ahora bien, la depresión no sólo ocasionan considerable sufrimiento y discapacidad a quienes las padecen, sino que también incrementan riesgos e impacto de otras enfermedades, pueden acelerar la pérdida de capacidades funcionales, así como causar demoras innecesarias en el proceso de recuperación de la salud. (García Peña, C; Muñoz, O., Durán Arenas, L., 2004).

Depresión en el Adulto Mayor como un problema de la salud pública.

Es importante también considerar que la depresión causa no sólo elevados costos en la atención, sino también considerable dolor, sufrimiento, e incapacidad entre quienes la padecen y entre sus familiares. Un estudio en 14 países, con 25,916 pacientes mostró que el nivel de incapacidad asociado a la depresión era comparable, o mayor, al causado por otras condiciones médicas (García Peña, C; Muñoz,O.,Durán Arenas, L., 2004).

Asimismo, las investigaciones han mostrado que las personas con depresión tienden a ser usuarios más frecuentes de los servicios de salud psiquiátricos y no psiquiátricos. Por ejemplo, un estudio longitudinal encontró que los costos de atención a adultos mayores con sintomatología depresiva fueron aproximadamente 50% mayores que los costos para pacientes sin sintomatología depresiva, y la diferencia mantuvo significancia estadística aún después de controlar por diferencias de edad, sexo, y condiciones crónicas de salud. (García Peña, C; Muñoz,O.,Durán Arenas, L., 2004).

Depresión geriátrica en Hogares de Ancianos:

Es de especial relevancia en el ámbito institucional dado que la evolución de la enfermedad y los cambios sociales no favorecen la permanencia en el hogar de estos enfermos porque afectan al comportamiento y derivan en una dependencia física, social y cognitiva. (López Mongil, R; López Trigo, J. A.; Castrodeza Sanz, F. J., 2009).

La tendencia al ingreso de adultos mayores a casa hogar suele acompañarse de un incremento en los problemas sanitarios de los usuarios, destacando aquellos relacionados con las enfermedades neurodegenerativas y con la situación de dependencia funcional. (Gutiérrez Rodríguez, J.; Rodríguez Piñera, M.; Ortiz Cachero, E., 2013).

Clasificación de Depresión.

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM V), y la décima revisión de la clasificación internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento según la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. (Organización Mundial de la Salud,OMS y Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2012)

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir el estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste primordialmente los síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente. (American Psychiatric Association, 2013).

Según su intensidad los trastornos depresivos se pueden clasificar como: leves, moderados o graves según el DSM V, las gravedades de los episodios están dados por número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como el deterioro funcional. (American Psychiatric Association, 2013).

Clasificación de la American Psychiatric Association quinta edición (DSM-5).

El DSM-5 clasifica los trastornos depresivos:

- **Trastornos depresivos:** trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, el diagnóstico se da entre los 6-18 años.
- **Trastorno depresivo mayor:** puede ser un episodio único o recurrente. Según la gravedad puede presentarse como: leve, moderado o grave.
Con características psicóticas en remisión parcial, remisión total o no especificado.
- **Trastorno depresivo persistente (Distimia):** este a su vez se subdivide en:
 - Remisión parcial o total.
 - Inicio temprano o tardío.
 - Con síndrome distímico puro: con episodios de depresión mayor, con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual.
 - Especificar la gravedad: leve, moderada y grave.
- **Trastorno disfórico premenstrual.**
- **Trastorno depresivo inducido por sustancia o medicamentos:** se debe especificar si inicio durante la intoxicación, o con inicio durante la abstinencia.
- **Trastorno depresivo debido afección médica.**
- **Otros trastornos depresivos especificados.**
- **Trastorno depresivo no especificado.**

Diagnóstico de Depresión

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones CIE 10 y DSM-V. Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2018).

➤ **Clínica:** en la depresión los ancianos se encuentran el mismo amplio abanico de síntomas que se observan en gente joven. Estos síntomas merecen una especial atención para distinguir la enfermedad depresiva de las alteraciones psicológicas derivadas de otras enfermedades en edades avanzadas de la vida. Entre los síntomas tenemos los siguientes:

- **Humor deprimido:** los pacientes ancianos, al contrario de lo que ocurre con gente jóvenes, a menudo evitan hablar o demostrar un estado de ánimo deprimido, puesto que experimenta sentimientos de culpa asociado con este síntoma. Por ello los síntomas depresivos son menos evidentes, mientras que predominan la ansiedad y los síntomas somáticos.
- **Síntomas psicóticos:** los pensamientos y las ideas está influenciada por la depresión, haciéndose cada vez más pesimista a medida que empeora el estado de ánimo. Las falsas interpretaciones pueden de forma ocasional alcanzar el nivel de paranoias. En los ancianos con depresión grave, la preocupación por los familiares y la recuperación a menudo toma forma de auténticos síntomas psicóticos revela la presencia de una depresión subyacente.
- **Ansiedad:** esta se caracteriza por preocupación, aprensión y angustia desproporcionados para el estímulo que los ocasionas. Puede presentarse otros síntomas atribuibles a una activación automática, como taquicardia, hiperventilación, temblor e hipersensibilidad a la luz. La prevalencia de depresión entre los ancianos se estima en alrededor del 15%, hay una mayor prevalencia de ansiedad entre los ancianos afectos de depresión mayor que entre los jóvenes del mismo trastornos.
- **Síntomas somáticos:** la depresión en ancianos a menudo se encuentra enmascarado por los síntomas somáticos, debido bien a la somatización de los trastornos. Entre los síntomas más frecuentes tenemos: astenia (29%), cefaleas (25%), palpitaciones (17%), dolor (14%), mareo (12%), entre otros.
- **Deterioro cognoscitivo:** es muy importante para el anciano, ya que dicho deterioro puede existir con anterioridad a la depresión, como consecuencia del propio envejecimiento o por trastornos degenerativos.

➤ **Escalas de depresión geriátrica.**

Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-5)

(American Psychiatric Association, 2013)

Recientemente se ha publicado la quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”. El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV- TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representa un cambio de funcionamiento; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o pérdida de placer o Interés.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas las cosas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación.
 3. Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumentar de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, que puede ser delirante casi todos los días (no solo el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días, (a través de la información subjetiva o de la observación).
 9. Pensamiento de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio depresivo mayor no se explica por otro trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno no especificado de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (American Psychiatric Association, 2013).

Escala de Yesavage:

Es una de las más usadas en el cribado de depresión del adulto mayor. Consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta sí/no, se valora con un punto tanto las respuestas afirmativas como las negativas para situaciones de normalidad. Existen dos versiones, una completa que consisten en 30 ítems y otra versión reducida a 15. En la versión reducida las puntuaciones por encima de 5 deben hacer pensar en la posible existencia de depresión, mientras que una puntuación de 10 o más son muy sugerentes de un proceso depresivo establecido. (JL & Yesavage, 1986).

Esta escala es muy importante ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedades médicas y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado externamente en entornos comunitarios de atención de adultos mayores. (JL & Yesavage, 1986).

La sensibilidad de esta herramienta es del 92% y la especificidad del 89% cuando la evaluación se realiza con criterios diagnóstico. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto en la consulta como en la investigación clínica. (JL & Yesavage, 1986).

Pronóstico de la depresión

El pronóstico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es favorable cuando se realiza un diagnóstico preciso y un manejo integral, considerando factores biológicos y psicosociales, así como cuando su duración es por un período de tiempo adecuado. Sin duda, se alcanza mejores resultados cuando el paciente tiene empleo, vive en la comunidad con otros familiares, goza de un adecuado apoyo social. (Alguera Ortiz & Fernández, 2006).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de alcance exploratorio.

Área de Estudio.

El área de estudio es la casa hogar San Pedro Claver y San Antonio del departamento de Masaya.

Universo.

Está constituido por 81 adultos mayores, de los cuales 42 adultos mayores residen en el hogar San Pedro Claver y 40 que residen en el hogar San Antonio, del departamento de Masaya.

Muestra.

El tamaño de la muestra fue constituido por 49 pacientes, calculada probabilísticamente con la calculadora epidemiológica del programa EpiInfo ver.7.2.3.1 del Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, utilizando los datos estadísticos de:

Z= nivel de confianza al 95%, que es igual a 1.96

p= proporción con se da el fenómeno en la población, se utilizó 50% (0.5)

d= la precisión que en estudios médicos se utiliza el 0.1 (10%)

El cálculo nos da = 44 expedientes

Unidad de análisis.

Son los adultos mayores que residen en las casas hogar San Pedro Claver y hogar San Antonio del departamento de Masaya en el periodo de noviembre 2018–febrero 2019.

Criterio de selección de la muestra.

Criterios de inclusión.

- Adultos mayores que de forma voluntaria decidieron participar en la encuesta.
- Personas mayores con capacidad para brindar la información.
- Vivir en la casa Hogar San Pedro Claver y San Antonio del departamento de Masaya.

Criterios de exclusión.

- No desear participar en el estudio.
- Adultos mayores con dificultad en la comunicación y en el lenguaje.
- Pacientes en cuya revisión de expedientes tenga diagnóstico de enfermedad mental orgánica o psiquiátrica incapacitante para poder brindar información.

Descripción de las variables.

Variables del objetivo 1: Describir las características socio-demográficas de la población en estudio.

- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ingreso económico.
- Edad.
- Sexo.
- Tiempo de estancia

Variables del objetivo 2: Identificar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de depresión en los pacientes estudiados.

Antecedentes personales patológicos

- Diabetes Mellitus.
- Depresión.
- Alzheimer.
- Hipertensión Arterial
- Otros.

Hospitalizaciones anteriores.

Uso de medicamentos.

Variables del objetivo 3: Evaluar la relación familiar de la población en estudio.

- Pérdida de un ser querido.
- Abandono.
- Maltrato.
- Recibe visitas de familiares y amigos.

Variable del objetivo 4: Demostrar el grado de depresión de los adultos mayores en estudio según escalas internacional.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (EDG).

En general, ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Si No
¿Ha dejado abandonados muchas actividades e intereses?	Si No
¿Siente que su vida está vacía?	Si No
¿Se siente a menudo aburrido?	Si No
¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si No
¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Si No
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si No
¿Se siente a menudo sin esperanza?	Si No
¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	Si No
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si No
En este momento, ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	Si No
¿Actualmente se siente inútil?	Si No
¿Se siente lleno de energía?	Si No
¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si No
¿Piensa que la mayoría de las personas esta mejor que usted?	Si No

La interpretación se da de la siguiente manera:

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve.

Mayor 10: Depresión establecida.

Fuente de la información.

En nuestro estudio la investigación se obtuvo por medio de fuentes primarias a través de una entrevista estructurada a partir de las variables en estudio, verificando esta información con la revisión de expedientes clínicos, además de la aplicación de test Yesavage el cual es un test de tamizaje que ayuda a sospechar posibles casos de depresión y para confirmar dicho diagnóstico utilizamos los criterios del DMS-V para de esta manera evitar sesgo.

Técnica de recolección de la información.

Se inició la recolección de la información visitando los hogares de ancianos San Pedro Claver y hogar San Antonio, en los cuales previamente se explicó a las autoridades correspondientes acerca de la investigación a realizar, posterior nos dirigimos a los adultos mayores dando una breve explicación acerca de la investigación, se les brindó un consentimiento informado para poder colaborar con el estudio; ya luego de haber leído el consentimiento y haber firmado se inició a llenar los diferentes acápite del instrumento de recolección de la información.

Terminada la realización de la entrevista procedimos a la aplicación del test de Yesavage para poder encontrar de esta manera posibles casos sugerentes de depresión, que son aquellos los cuales durante la aplicación del test obtuvieron un puntaje mayor de 6 puntos. De estos casos que resultaron ser sugerentes de depresión se decidió aplicar los criterios del DMS.V, para de esta manera poder tener un diagnóstico más preciso.

Instrumento de recolección de la información.

El instrumento que se aplicó en la investigación fue una entrevista elaborada por las investigadoras, en la que contaba con los siguientes acápite:

Datos sociodemográficos en los cual incluimos la edad, sexo, estado civil, entre otros; los cuales se han visto relacionado en otros estudios a la presencia de depresión.

Historia anterior de alguna patología la cual puede estar relacionada estrechamente al tema de depresión. También incluimos dentro de esta, la relación socio-familiar, ya que puede actuar como un factor protector ante esta patología.

Se utilizó primeramente el **test de Yesavage** que nos hizo pensar en posibles casos de depresión, y posterior según el resultado de esta escala si se obtenía un puntaje mayor a 6 se les aplicó los **criterios del DMS-V** para de esta manera confirmar el diagnóstico y evitar falsos positivos dentro del estudio.

Procesamiento de la información.

La recolección de datos de este trabajo monográfico se llevó a cabo en distintas fases:

Fase 1: son las visitas de ambientación y de exploración de los hogares, sus autoridades y residentes (adultos mayores) a fin de preparar las próximas visitas y crear un ambiente de confianza.

Una vez aprobado y después de muchas revisiones del protocolo se solicitó una carta a nuestro tutor para solicitar permiso de recolectar los datos en los hogares de ancianos del Departamento de Masaya, Hogar San Antonio y Hogar san pedro Claver. En las visitas se revisó los expedientes para la verificación de la información.

Fase 2: a cada uno de los residentes se les aplicó la encuesta con las variables generales y, especialmente, la aplicación del test de tamizaje: "Escala de Yesavage" para detectar posibles casos o casos sugerentes de depresión. Se corroboró la información brindada mediante revisión de expediente de la misma manera se completaron algunos datos de la encuesta que no pudieron ser contestados por los adultos mayores.

Fase 3: los casos positivos o sugerentes de depresión con la escala de Yesavage, se les aplico los criterios del DMS V.

Fase 4: procesamiento y análisis de la información. Los resultados de esta información se tabularon en el programa estadístico aplicando medidas de frecuencia y porcentaje en el programa EpiInfo ver.7.2.3.1 del Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta.

Aspectos éticos.

La investigación que se presenta, tiene un objetivo académico por lo que hemos considerado poner en práctica los aspectos metodológicos que sean necesarios, debido a que nuestra fuente de recolección de datos es la entrevista y la revisión de expedientes; normalizaremos a continuación cuáles serán los aspectos éticos que se tomarán en cuenta a la hora de la realización del trabajo metodológico.

Previamente se solicitó permiso a la directora de la Casa Hogar San Pedro Claver y San Antonio con el fin de realizar nuestro estudio. Se tendrá plena confidencialidad de los datos de cada expediente y con cada paciente al que se entrevistó.

No se llevará en público los nombres de los pacientes. El diagnóstico de los pacientes en estudios será confidencial entre los miembros del grupo y no se hará comentario ajeno del mismo. Se brindó un consentimiento informado a cada paciente, en caso del que paciente no pueda firmar se solicitó un testigo por parte de la encargada de enfermería para que haga constar su permiso.

Operacionalización de las variables

Objetivo 1: características socio-demográficas				
Variable	Definición	Indicador	Escala	Valor
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de los pacientes	Número de años cumplidos	Numérica	De 60 a 70 70 a 80 80 a 90 Más de 90
Sexo	Condición de un organismo que distingue entre hombre y mujer entre los pacientes	Sexo al que pertenece el adulto mayor	Nominal	Masculino. Femenino.
Estado civil	Condición jurídica de los pacientes con respecto a los derechos y deberes del conyugue	Estado conyugal.	Nominal.	Casado. Divorciado. Soltero. Viudo. Unión libre.
Ingreso económico.	Persona que cuenta con ayuda económica.	Ayuda económica.	Ordinal.	Sí. No.
Escolaridad.	Nivel de preparación académica del paciente.	Ultimo año aprobado.	Ordinal.	Analfabeto. Primaria. Secundaria. Universitario. Técnico.
Tiempo de estancia.	Tiempo en el cual el paciente ha estado internado en la casa Hogar	Estancia del paciente dentro de la casa hogar.	Intervalo.	Menor de 2 años. 3-4 años. Mayor de 5 años.

Objetivo 2: Antecedentes personales patológicos y no patológicos.				
Variable	Definición	Indicador	Escala	Valor
Antecedentes personales patológicos	Historia personal de la presencia de una patología previa que genere incapacidad.	Presencia actual de una enfermedad en el paciente.	Nominal	Si No
Hospitalizaciones anteriores.	Si el paciente ha sido hospitalizado reciente y frecuentemente	Días de estancia hospitalaria y causa.	Nominal	Si No
Uso de Medicamentos	Consumo de medicamentos para el tratamiento de alguna enfermedad.	Utilización de medicamentos	Nominal	Si No

Objetivo 3: Caracterización socio-familiar.				
Variable.	Definición.	Indicador.	Escala.	Valor.
Perdida de un ser querido.	Muerte de algún ser querido que aún no supera.	Existencia de alguna pérdida de un ser querido.	Nominal.	Sí. No.
Abandono.	Es el hecho de dejar, descuidar o colocar en una situación de desamparo al adulto mayor sin brindarle apoyo.	Situación de abandono o descuido que haya sufrido el paciente antes de ser ingresado a la casa hogar.	Nominal.	Sí. No.
Maltrato.	Toda acción u omisión que de manera directa, o indirecta, cause daño físico o psicológico.	Situación de maltrato que haya sufrido el paciente antes de ser ingresado a la casa hogar	Nominal.	Insultos o gritos. Amenazas o chantajes. Golpes o empujo.
Recibe visitas.	Cuántas veces llega a tener visitas el paciente.	Número de visitas por mes.	Intervalo.	Ninguna. 1 visita. 2-3 visitas. Mayor 5 visitas.

Objetivo 4: Variables sobre depresión de acuerdo a la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)				
¿Está usted básicamente satisfecho con la vida?	Satisfacción con la vida.	La satisfacción del paciente con respecto a la vida.	Nominal.	Sí. No.
¿Ha disminuido o abandonado mucho sus intereses o actividades previas?	Abandono de interés o actividades previas.	Si no siente el paciente ya ningún interés por alguna actividad.	Nominal.	Sí. No.
¿Siente usted que su vida está vacía?	Sentimientos de vacío.	Grado de soledad del paciente.	Nominal.	Sí. No.
¿Se siente usted aburrido frecuentemente?	Frecuente sensación de aburrimiento.	La mayor parte del tiempo pasa aburrido.	Nominal.	Sí. No.
¿La mayor parte del tiempo está usted de buen ánimo?	Buen ánimo la mayor parte del tiempo.	Ánimo del paciente la mayor parte del tiempo.	Nominal.	Sí. No.
Está preocupado o teme frente a algo que le pueda pasar?	Preocupación o temor frente a lo que pueda pasar.	Temor del paciente.	Nominal.	Sí. No.
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sentimiento de felicidad la mayor parte del tiempo.	Sentimientos del paciente.	Nominal.	Sí. No.
Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	Sentimiento frecuente de desamparo.	Protección que siente el paciente.	Nominal.	Sí. No.
¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer algo nuevo?	Preferencia frente a quedarse en casa en lugar de salir.	Que tanto animo manifiesta el paciente por cosas nuevas.	Nominal.	Sí. No.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Objetivo 1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.

Tabla1. Frecuencia según datos demográficos

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)		
60 a 70	14	28.57
70 a 80	14	28.57
80 a 90	18	36.73
mayor de 90	3	6.12
Total	49	
Sexo		
Femenino	25	51.02
Masculino	24	48.98
Total	49	
Estado Civil		
Casado	8	16.33
Divorciado	3	6.12
Soltero	19	38.78
Unión libre	7	14.29
Viudo	12	24.49
Total	49	
Escolaridad		
Ninguno	14	28.57
Primaria	14	28.57
Secundaria	11	22.45
Técnico	2	4.08
Universitario	8	16.33
Total	49	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores

Se puede observar que un 6.12% (3/49), son mayores a los 90 años, el grupo 80-90 años aportó el mayor número de casos, con 18 de 49, para un 36.7%, distribuyéndose de igual cantidad los grupos de 60-70 y 70-80, con aproximadamente un 28%. La media de edad es de 77.7 años, un mínimo de 61 años, mediana de 77 años, máximo de 99, y una moda de 87 años. La dispersión fue representada por una desviación estándar de 10.44 años.

Se coincide con datos del Ministerio de Salud (MINSAL), donde se reporta que para el año 2017 la expectativa de vida del nicaragüense fue de 76 y 78 años, respectivamente para los hombres y mujeres. Es de esperarse que la mayor proporción de estas personas estén comprendidas entre estas edades de 70 a 90 años (64%), por lo que la población de los asilos es idéntica a la del país.

El 51% son del sexo femenino, siendo la relación hombre/mujer: 0.96:1, muy similar a la reportada a nivel nacional (0.95), lo que orienta a que la población de estos asilos no se diferencia de la población nacional.

El estado civil soltero y viudo fueron los más frecuentemente encontrados con un 38.78 y 24.49% respectivamente, que sumado al estado civil divorciado 6.12%, representan aproximadamente casi un 70% del total, lo que orienta a que un 30% refirió que estaban acompañados o casados.

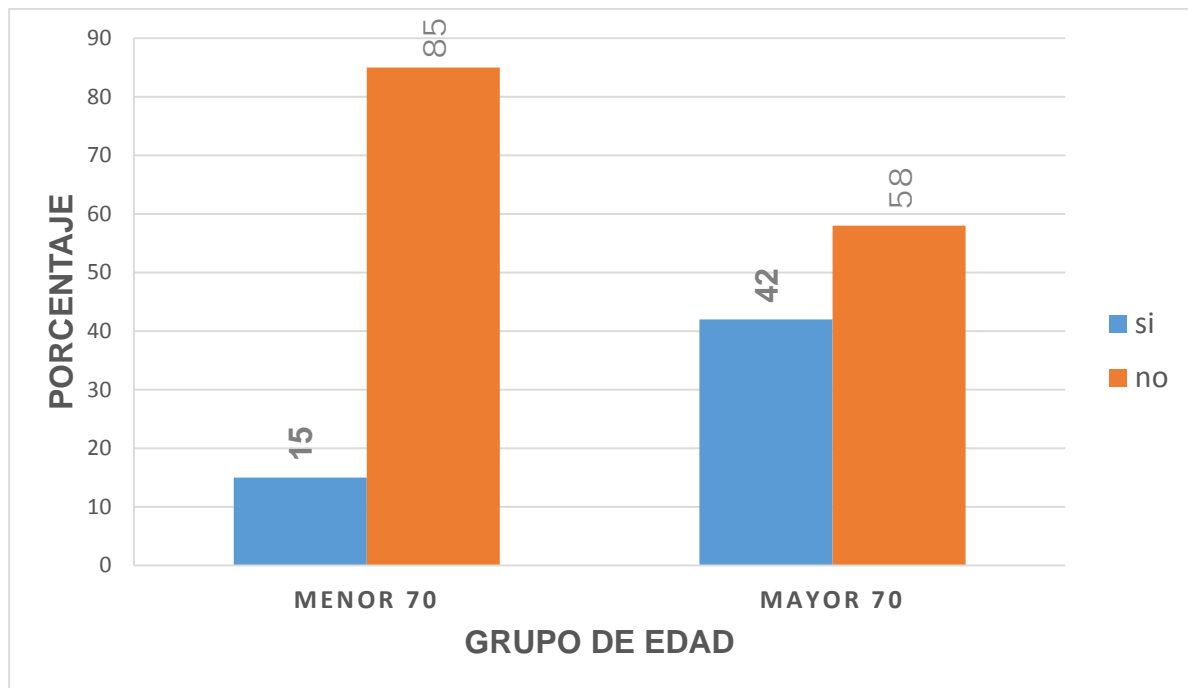
A pesar que la mayoría se corresponde su estado civil con su condición de asilado, este puede ser más alto ya que a pesar que refieren los otros que su estado civil es casado o unión libre, no se especificó si están con su pareja actualmente.

En cuanto a la escolaridad de los residentes se puede observar que la mayoría de ellos 56% (28/49), tienen un bajo grado de escolaridad, peso porcentual por igual en estos niveles. Le siguen secundaria con un 22.45%, y entre técnico y universitario 20% (16% al segundo).

Esta distribución de frecuencia no se pudo comparar con la población nacional, ya que no se encontraron datos de escolaridad en la tercera edad, lo que orienta el nivel de prioridad que tiene esta etapa de la vida.

Se puede observar que los niveles educativos son bajos, probablemente relacionado al nivel económico o procedencia de los residentes, ya que en su mayoría estos hogares son de beneficencia, relacionándose así al mayor número de adultos mayor que se encontró con bajo nivel educativo.

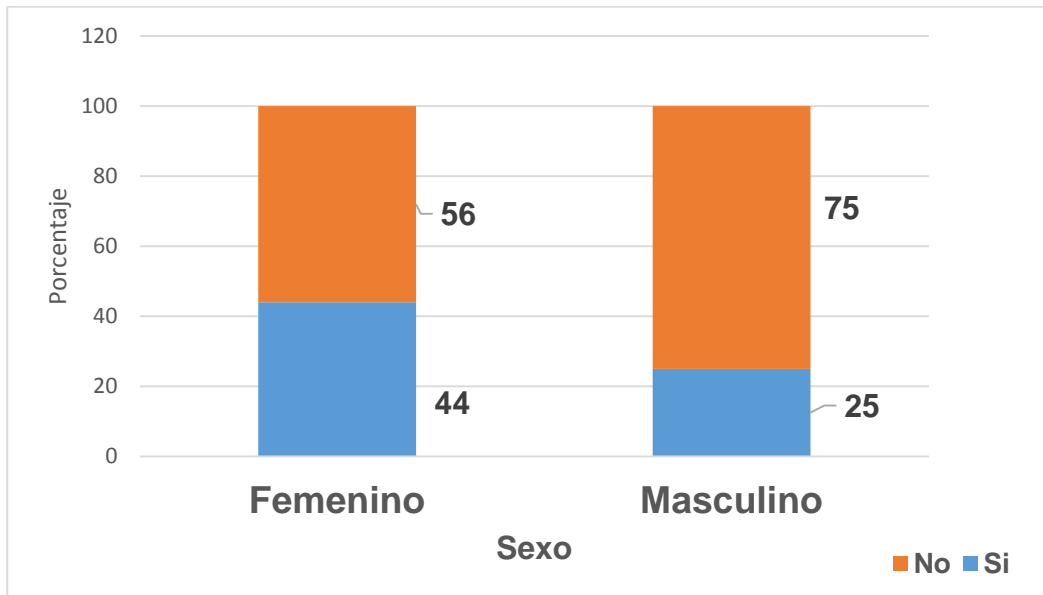
Grafico 1. Frecuencia según edad y depresión.



Fuente: Tabla 2. Anexo 1.

Se relacionó la edad con la depresión clasificando el riesgo como aquellos mayores de 70 años, encontrando que el 85% de los menores de 70 años no presentaron depresión, mientras en los mayores de esta edad el 58% no presentaron depresión, que al aplicar pruebas estadísticas no se encontró ni riesgo ni asociación.

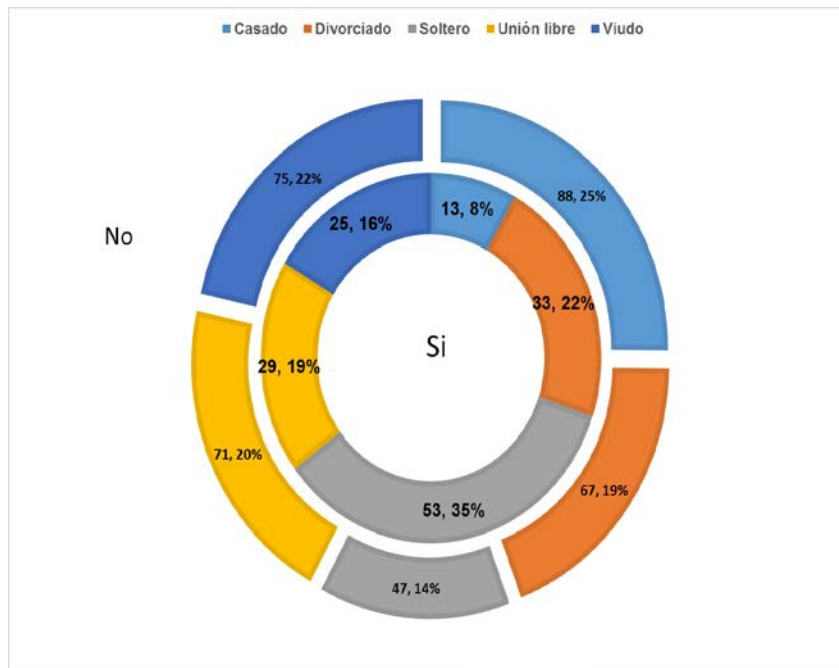
Grafico 2. Frecuencia según sexo y depresión.



Fuente: Tabla 3. Anexo 2.

Al relacionar la depresión según sexo, se puede observar que los porcentajes de depresión en ambos sexos es menor en relación a los que no, a pesar que el 44% de las mujeres presentaban depresión, y los hombres sólo en un 25%, no se encontraron diferencias significativas estadísticas, lo que refleja que la depresión se da por igual en ambos sexos.

Grafico 3. Frecuencia según estado civil y depresión.



Fuente: Tabla 4. Anexo 3.

Al analizar la depresión según estado civil vemos que, a excepción de los solteros, donde el porcentaje de depresión es mayor (53.3%), que los que no lo tienen (47%), en los otros grupos el mayor porcentaje no presentaron depresión, el cual varió la depresión desde un 13% en casados, hasta un 33% en divorciados, sin embargo, aún sumados los divorciados con los solteros y viudos, el estado civil no fue un factor asociado o de riesgo para la depresión.

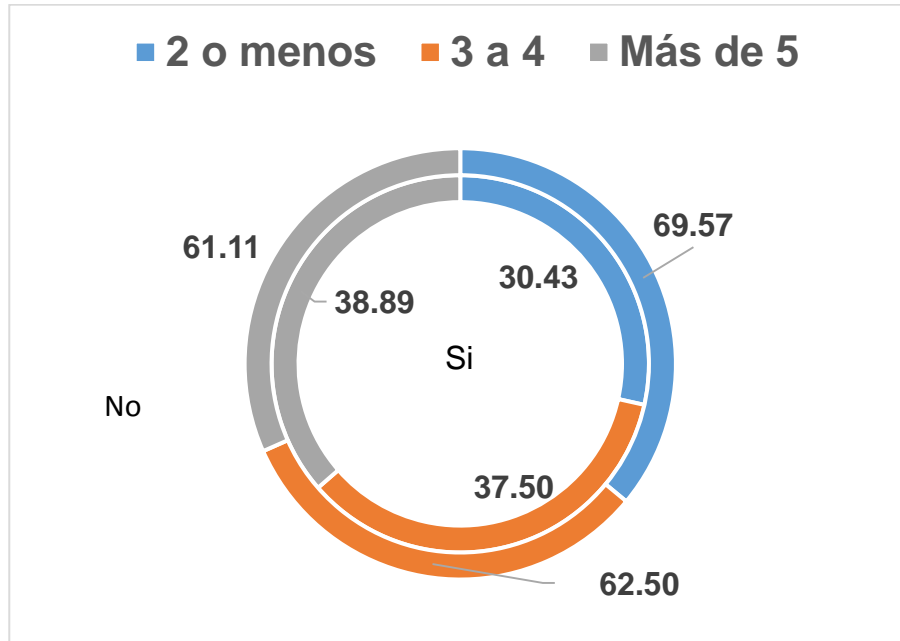
Tabla 5. Frecuencia según escolaridad y depresión.

Escolaridad	Depresión				Total	
	Si		No		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%		
Ninguno	6	43	8	57	14	29
Primaria	4	29	10	71	14	29
Secundaria	4	36	7	64	11	22
Técnico	2	100			2	4
Universitario	1	12.5	7	87.50	8	16
Total	17		32		49	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores

La depresión se presentó en todos los niveles educativos, correspondiendo a un 35% de los deprimidos al nivel de escolaridad analfabeta, que sumados a los de primaria, casi representaron un 60% de los deprimidos. Dos de los internados eran técnicos teniendo ambos depresión (100%). El máximo porcentaje de deprimidos según escolaridad fue de 43% en los analfabetos y 36% en los de secundaria, siendo los menores 12.5% en universitarios. Sin embargo, al aplicar las pruebas estadísticas no se encontraron significancias estadísticas para riesgo o asociación cuando se relaciona el nivel de escolaridad con la presencia de depresión.

Grafico 4. Frecuencia según años de estancia y depresión.



Fuente: Tabla 6. Anexo 4.

Independiente de los años de estancia en los locales, donde la mayoría tienen menos de 2 años de estar internado (47%), seguido de más de 5 años (37%), al analizar la presencia de depresión por grupos de estancia se puede ver que va en aumento según tiempo es decir 30.43% menor de 2 años, 37,5% en los de 3 a 4 años, y 38.89% en los de más de 5 años. Sin embargo, no se encontró significancia estadística para riesgo o asociación, entre el tiempo de internación y la presencia de depresión.

Tabla 7. Frecuencia según patología previa y depresión.

Patología	Escala de Depresión				Total	
	Si		No			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Diabetes mellitus	-		4	100	4	8.16
Hipertensión arterial	11	52	10	48	21	42.86
Ninguno	4	33	8	67	12	24.49
Otros	2	17	10	83	12	24.49
Totales	17		32		49	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores

El 75% aproximadamente de las personas tenían alguna enfermedad, observando que en los que presentaron depresión ninguna tenía diabetes mellitus, 65% tienen hipertensión arterial. El 52% de los que tenían hipertensión arterial tenían depresión, al igual los que no tenían patologías la mayoría no tenían depresión (67%), sin embargo, el hecho que tengan patologías o no, no es factor de riesgo o de asociación para tener depresión.

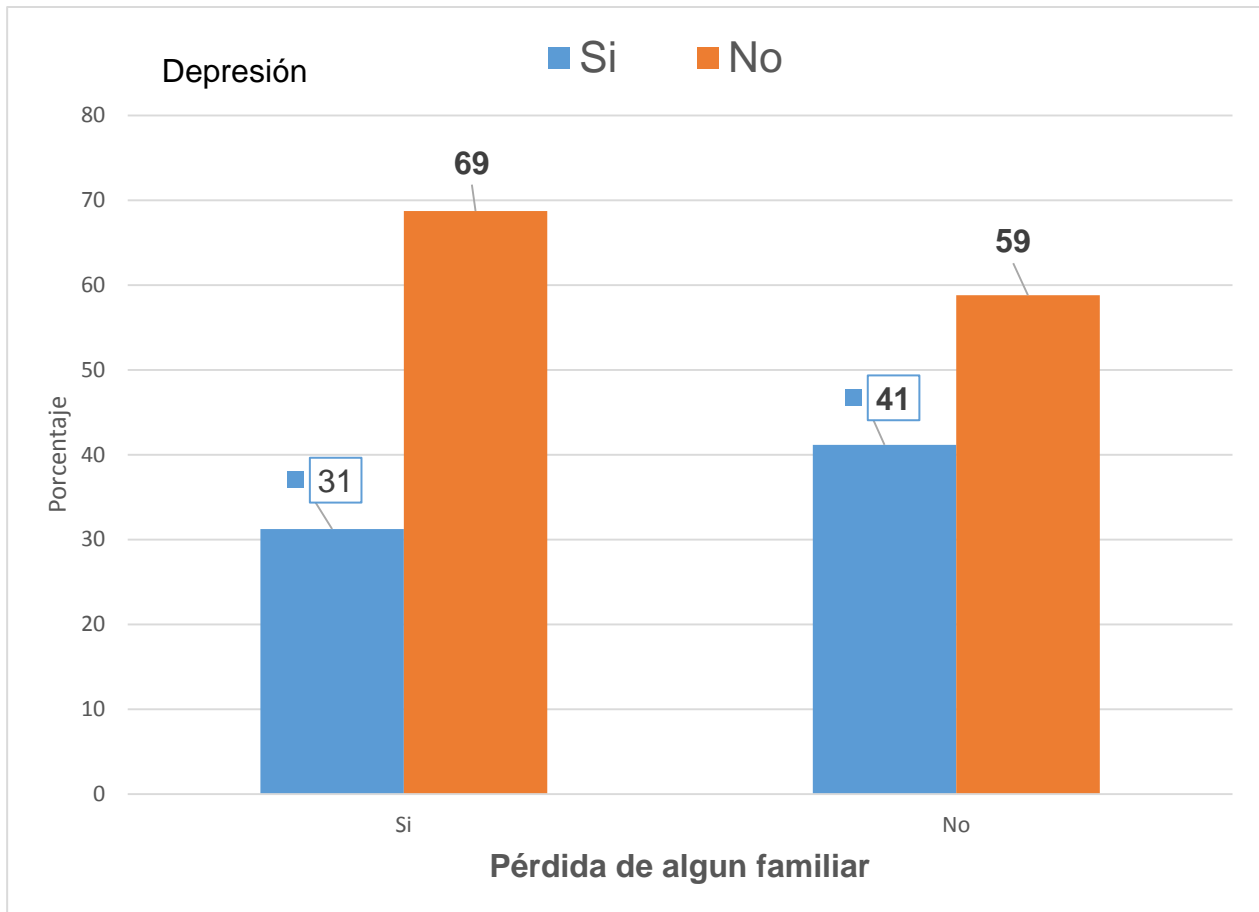
Tabla 8. Frecuencia según tiene familia y depresión.

Tiene Familia	Depresión				Total	
	Si		No			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No	3	33	6	67	9	18.37
Si	14	35	26	65	40	81.63
Total	17		32		49	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores

El 81% de los internos tienen familia, y de estos el 35% presentaron depresión, casi el mismo porcentaje (33%), en aquellos que no tenían familia, por lo que el hecho de tener o no familia, no es un factor para padecer de depresión.

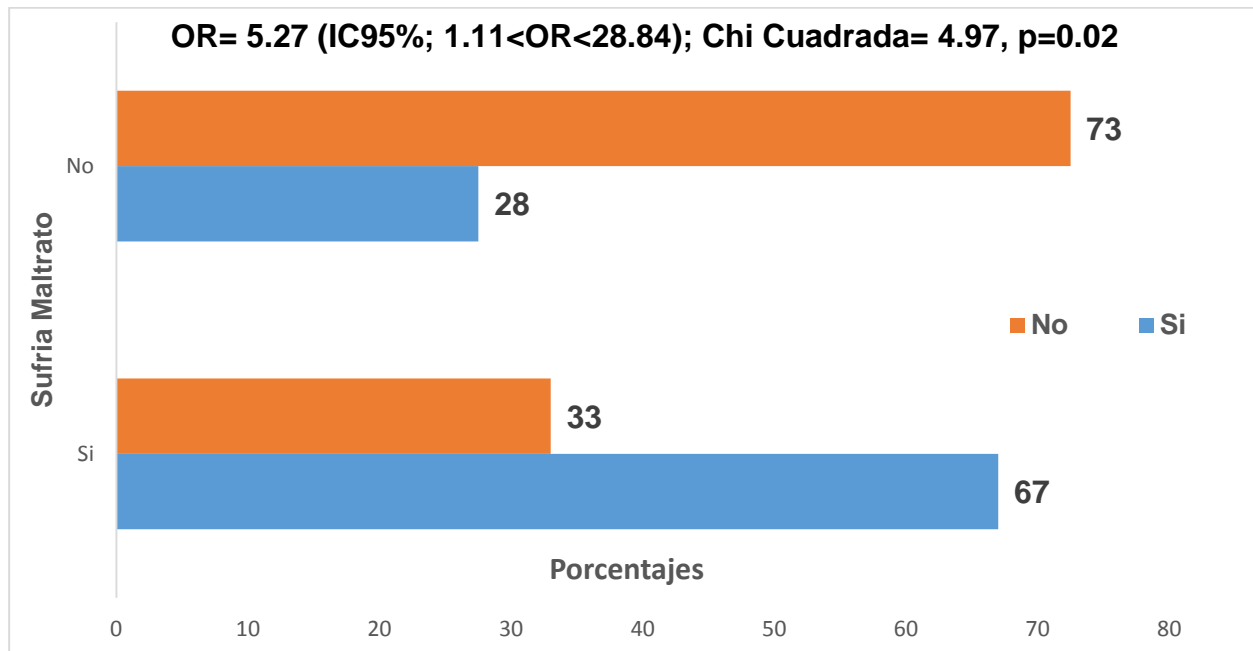
Grafico 5. Frecuencia según historia pérdida de un familiar y depresión.



Fuente: Tabla 9. Anexo 5.

El hecho de tener una pérdida de algún familiar tampoco fue un factor que influyera en el fenómeno de presentar una depresión, ya que a pesar de la diferencia en porcentaje entre los que perdieron (31%), contra los que no (41%), esta no fue estadísticamente significativa, es decir, son hallazgos que el azar lo puede explicar.

Grafico 6. Frecuencia según maltrato recibido y depresión.



Fuente: Tabla 10. Anexo 6.

El 18% de las personas refieren que sufrieron maltrato (9/49), de estas, el 12% presentaron depresión (6/49). De las que no sufrieron maltrato el 28% tenían depresión y en los que sufrieron maltrato el 67%, la tenían. Al aplicarse las pruebas estadísticas se encontró que la probabilidad de sufrir depresión en aquellas personas que eran maltratadas es de 5.27 veces mayor que en aquellas que no eran maltratadas, con una asociación estadística fuerte, teniendo una probabilidad de que esta afirmación puede ser errónea en una relación de 2 veces de cada cien que se estudie. Es decir que estadísticamente el maltrato es un factor de riesgo para que el internado desarrolle depresión.

Tabla 11. Frecuencia según tipo de maltrato.

Tipo de maltrato	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza	1	11
Golpes o empujo	1	11
Insultos o gritos	7	78
Total	9	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

De los maltratos descritos el 78% corresponde a gritos o insultos, siendo menos frecuente los golpes y amenazas, con un caso cada uno de 9.

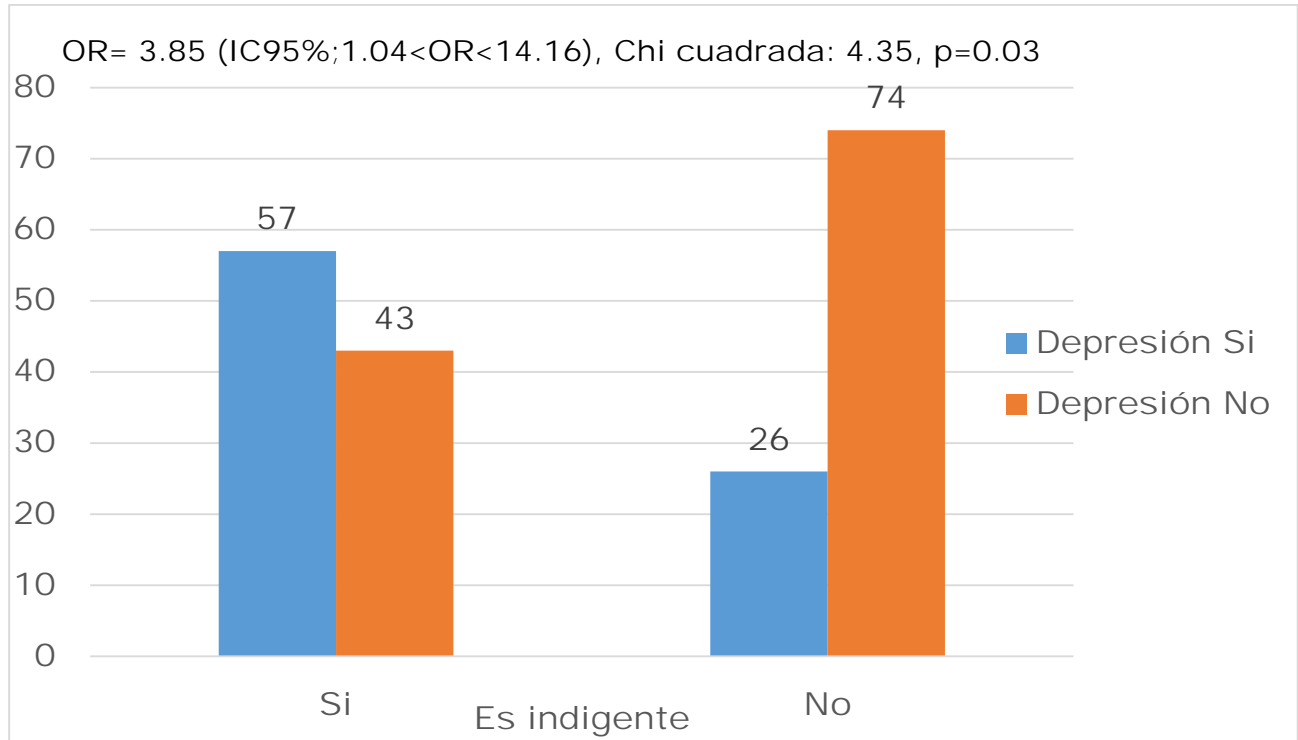
Tabla 12. Frecuencia según sentimiento de abandono y depresión.

Abandono	Depresión				Total	
	Si		No			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si	8	26	10	56	18	36.73
No	9	29	22	71	31	63.27
Total	17		32		49	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

El 36.7% de ellos manifestó un sentimiento de abandono, un 26% del total de internados tenía depresión asociada al sentimiento de abandono. Cuando se analizó la depresión según sentimiento de abandono el 26% de los abandonados tenía depresión y de los no abandonados un 29%, sin embargo, no se encontró significancia estadística para riesgo o asociación.

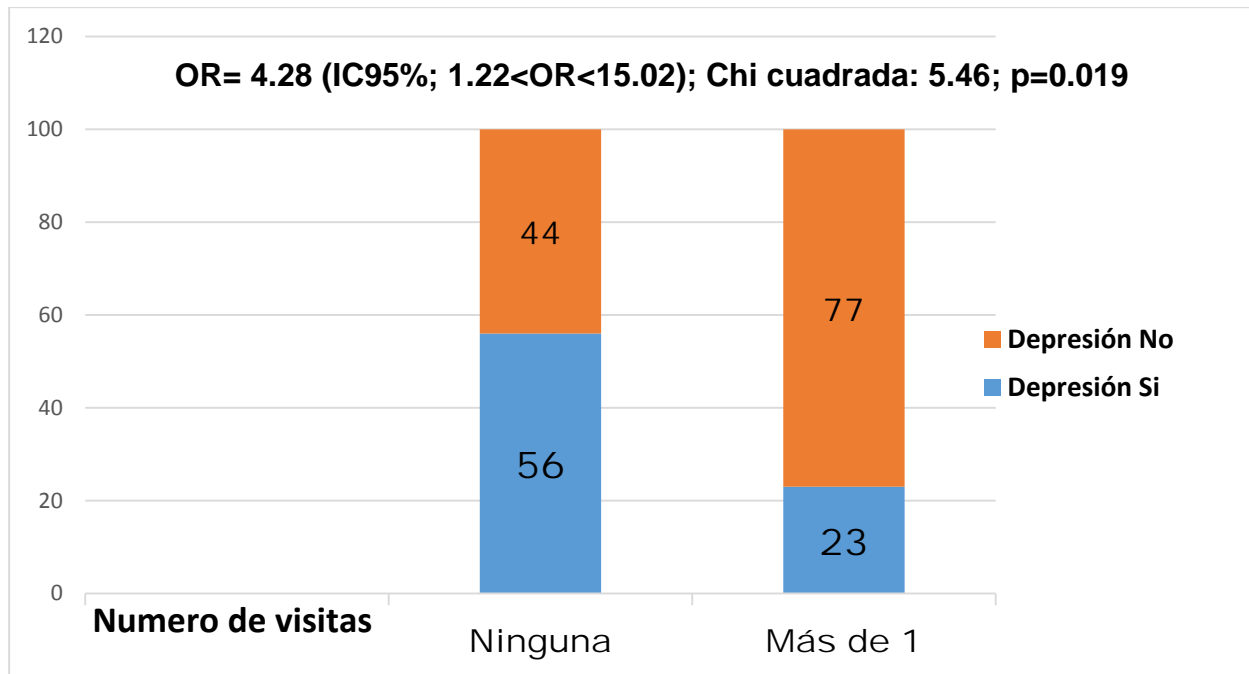
Grafico 7. Frecuencia según ser indigente y depresión.



Fuente: Tabla 13. Anexo 7

La prevalencia de depresión en indigentes fue del 57%, mientras que en los no indigentes apenas fue del 26%. Al aplicársele las pruebas estadísticas, nos validan estos resultados, el ser indigente aumenta la probabilidad 3,85 veces de padecer depresión, con una fuerza de asociación de 4.35, con una probabilidad de error de 3 en 100. El factor indigente está asociado a depresión en estas personas.

Grafico 8. Frecuencia según el número de visitas y depresión.



Fuente: Tabla 14. Anexo 8

El 36% de las personas no recibieron ninguna visita, el 26% una visita, el 30% de 2 a 3 visitas, y más de 5 visitas un 6%. La media de visita fue de 1.6, con un mínimo de 0, con una máxima de 12 (1 persona), con una moda de 0, y una desviación estándar de 2.32 visitas. El 56% de los que no recibieron visitas tenían depresión, y el 23% tenían depresión de los que tuvieron al menos 1 visita. Es decir, el interno que no recibe visitas tiene 4.28 veces más probabilidad de tener depresión que aquel que recibe al menos una, con una asociación estadística significativa, con una probabilidad de error de la afirmación de casi 2 en cada 100 veces que se estudie.

Tabla 15. Comparación de la clasificación de escala DMS5 con la escala de Yasevage.

Grado de depresión	DMS 5			Yasevage			Diferencia
	No	Si	Total	No	Si	Total	
Establecida		6	6	-	7	7	+1
Moderada		11	11	-	17	17	+6
Normal	32	-	32	25	0	25	-7
Totales	32	17	49	25	24	49	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

Se utilizó como regla de oro la escala DMS5 para evaluar la escala de Yasevage. La prevalencia de depresión en general fue de 34.7%, de los cuales el 22% era depresión moderada, y en un 65.3% no se encontró depresión. De los deprimidos el 65% tenían depresión moderada. Al comparar con la escala de Yasevage, se diagnosticaron 7 personas demás como depresivas sin serlo (una más en la escala establecida, y 6 más en la escala moderada). Todos los que estaban deprimidos se identificaron como tal, por lo que se realizaron las pruebas de sensibilidad y especificidad.

Tabla 16. Sensibilidad y Especificidad de la prueba de Yesavage.

		DMS5			Valor predictivo positivo
		Positivo	Negativo	Total	
Yesavage	Positivo	17	7	24	71
	Negativo	0	25	25	Valor predictivo negativo
	Total	17	32	49	100
Sensibilidad		100			
Especificidad		78			

Fuente: Tabla 15.

El test de Yesavage diagnosticó a todos los que tenían depresión, por lo que su sensibilidad fue del 100%, sin embargo, clasificó como falsos positivos a 7 (25% de los normales como deprimidos), por lo que a pesar que identifica la enfermedad no es seguro, cuando se calcula su valor predictivo positivo nos da un 71%, lo que es bajo, orientándonos que no es una prueba segura.

Cuando se analiza su sensibilidad, tenemos que corresponder a un 78%, es decir, dice que hay enfermedad cuando no la hay en menos del 80%, lo que también asegura que no es confiable, pero al analizar su valor predictivo negativo, nos da un 100%.

Ambos hechos nos orientan a que el test de Yesavage no es seguro en este estudio, por lo que puede deberse a dos razones, a un poco tamaño de la muestra o a una baja prevalencia de la enfermedad, por lo que se debe usar en muestras pequeñas el test de DMS5.

VIII. CONCLUSIONES.

- ❖ La mayoría de adultos mayores estaban entre los 80 y 90 años de edad, siendo los mayores a 90 la minoría, predominaba el sexo femenino, solteros, y con un bajo nivel de escolaridad, sin embargo, no había diferencias estadísticas entre ellos.
- ❖ Las enfermedades encontradas fueron principalmente diabetes mellitus e hipertensión arterial, sin embargo, en los que presentaron depresión no se encontró diabetes.
- ❖ La mayoría tiene familia, con al menos una pérdida familiar, sin sentimiento de abandono, que no se diferencian entre los que tienen depresión o no. Se encontró asociación estadística para depresión el sentirse maltratado, el ser indigente y sin ser visitado. El maltrato principal consiste en ser insultado o que se le grite.
- ❖ La prevalencia de depresión en general fue de 34.7%, de los cuales el 22% era depresión moderada, y en un 65.3% no se encontró depresión. De los deprimidos el 65% tenían depresión moderada.
- ❖ El test de Yesavage no es muy específico, con alta sensibilidad, lo que se debe usar mejor el DMS5

IX. RECOMENDACIONES.

Para el SILAIS Masaya:

Planificar y ejecutar programas de adiestramiento dirigida al personal de salud en la prevención de la depresión y atención de adultos mayores, ya que estos constituyen el mayor porcentaje de edad de las salas de hospitalización de medicina interna y utilización de salas de emergencia. Así como incorporar más actividades con los de la tercera edad en el marco de MOSAFC en cada visita a terreno.

Para el Municipio:

Abordar los hogares de anciano desde el punto de vista del MOSAFC, donde incluya visitas periódicas a estos lugares por los ESACF.

Implementar en visitas a terreno por ESACF el fortalecimiento de la salud mental y capacitarlo en familias fuertes mediante visitas integrales y así poder identificar maltrato a nuestros Adultos Mayores.

Para la Universidad:

Diseño de estudios en la prevención, detección y tratamiento de la depresión en hogares de ancianos, así como la validación de instrumentos para su detección.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Aguera, L., & Hernán , I. (1999). *Psiquiatría geriátrica. Organización Mundial de la Salud*, pp907-908.
- Aldana Olarte A., Pedraza Marin J.A. (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010. *encuesta nacional de demografía y salud 2010*, p1.
- Alemán, C. A. (2005). *depresión en las personas de la tercera edad del asilo de la ciudad de León*. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua .
- Alexopoulos, G. (2005). Diagnóstico y tratamiento de la Depresion en ancianos. *Intramed*, pp50-62.
- Alguera Ortiz, L., & Fernández, H. (2006). *Psiquiatría Geriátrica* . Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OMS.
- Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G.,Ávila Gonzalez, M.J.,Gozalez García, A., Guitian Rodríguez, D.,Heras Liñero, E., Rodríguez, J.Triñanes Pego, Y. (17 de octubre de 2018). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Obtenido de Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto:
<http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado00/autoria.html>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). *Classification and diagnosis of mental disorders*, pp160-161.
- Americana., A. p. (2000). Manual Of Mental Disorders. *DSM IV'TR* .
- Balmaceda, E., Guerrero, Y. (Noviembre de 2015). Caracterizacion del adulto mayor con valoracion geriátrica integral. *Tesis para optar a titulo de médico general*. Nueva segovia, Nicaragua.
- Beers, M., & Berkow, R. (2001). *Manual Merck de Geriátria (2da ed.)*. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A.
- Blazer DG. (2001). Trastornos psiquiatricos en el adulto mayor. 310-319.
- Blazer, D. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology: Series A, Volume 58*, Pp249–265.
- Bordas Perez, M, Anaya Torres,M. P, Pertuz Pebolledo, M.M, Romero de León, L., Suárez García, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares

- geriátricos de Barranquilla (Colombia):prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte vol. 20*, pp64-73.
- Carl Gerhard Gottfries, I. K. (s.f.). *la depresion en el anciano*. Barcelona.
- Carrasco, M., Herrera, S., Fernández, B., & Barros, C. (2013). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista de Geriátría y Gerontología*, p9.
- Delgado, G. G. (2009). *calidad de vida relacionada con la salud en personas de la tercera edad, Reparto la Providencia* . León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- García Peña, C; Muñoz,O.,Durán Arenas, L. (2004). *Salud del adulto mayor*. Mexico D.F: Instituto Mexicano de seguridad social. Recuperado el enero de 2017, de Salud del adulto mayor: pdf file:///E:/SALUD%20http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-depresion-el-adulto-mayor-frecuencia-13079874DEL%2
- Gonzalez Navarro, M. E., & Robles Vargas, J. M. (2011). Riesgo de depresión del adulto mayor segun test de yesavage en el centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro. *Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener*, p1.
- Gonzalez, M. (2001). Depresión en ancianos, un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina Integral v.17 n.4* , p1-2.
- Gutiérrez Rodríguez, J.; Rodríguez Piñera, M.; Ortiz Cachero, E. (2013). Delirium en centros residenciales para personas mayor. *Revista española de Geriátría y Gerontología.*, p178.
- INEC. (2005). *VIII censo de poblacion y IV de vivienda*. Nicaragua, Octubre: Gobierno de Nicaragua .
- JL, S., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale(GDS): recent evidence and development of a Shorter Version. *Clinical Gerontology*, p165.
- López Mongil, R; López Trigo, J. A.; Castrodeza Sanz, F. J. (2009). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados. *Revista española de Geriátría y Gerontología.*, p6.
- López Norori, M. (2008). *Evaluacion de los Hogares de ancianos en la region centro-norte de Nicaragua*. España: Universidad Autónoma de Madrid.

- López Norori, M. (2016). *Texto básico de Geriatría y Gerontología*. Managua: Universitaria Tutecotzimí.
- Marquez Cardoso, E., Soriano Soto, S., Garcia Hernández, G., Falcón García, MP. (2005). Depresión en el Adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *ELSILVER Vol. 36. Núm.*, pp 293-352.
- Millán Calentri, J.C., Maseda, A., Rochette, S., García Mnasterio, I. (2011). Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, pp31-32.
- Milton, L. N. (3 de enero de 2019). Hogares de Ancianos en Nicaragua. (M. R., Entrevistador)
- Nance, D. (2010). *Depresión en el adulto mayor*. Mexico: Instituto de Geriatría.
- OMS. (2017). la salud mental y los adultos mayores. *Organización Mundial de la Salud*, p1.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (17 de Octubre de 2015). *Informe Mundial sobre envejecimiento y Salud 2015*. Obtenido de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (23 de Octubre de 2018). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de definición y diagnóstico de la depresión mayor: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/apartado04/definicion%20y%20diagnostico.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, OMS y Organización Panamericana de la Salud, OPS. (22 de octubre de 2012). *Día mundial de la salud mental*. Obtenido de La depresión es el trastorno mental más frecuente.: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=686:dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid
- Patten SB, Sedwick, B., & Russel, M. (2001). Major depression: prevalence, treatment utilization and age Canada. 133-138.
- Rodríguez Artalejos, F. (2011). Envejecer satisfactoriamente. *revista Española de Geriatría y Gerontología*, p1.

- Rodríguez, M. I. (2009). *Envejecimiento y Gasto en Salud*. Chile: Fondo Nacional de Salud.
- Sanchez García S, Juárez Cedillo T, Gallegos Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA, García Peña C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la ciudad de México. *Medigraphic*, p1.
- Sandarte, J. (2010). Depresión del Adulto Mayor. *Medwave*, p25.
- Scott, B, Brandy Sedmak, B.A., Russell, M. (8 de febrero de 2001). *Major depression: Prevalence, treatment Utilization and age in Canada*. Obtenido de The Canadian journal:
https://www.researchgate.net/publication/11773280_Major_depression_Prevalence_treatment_utilization_and_age_in_Canada
- Segura-Cardona, A.; Cardona Arango, D.; Segura Cardona, A.; Garzón Duque, M. (2012). Riesgo de depresión y factores asociados. *Revista de Salud pública*, pp191-193.
- Segura-Cardona, A.; Cardona-Arango, D.; Segura Cardona, A.; Garzón Duque, M. (2012). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. *Revista de Salud pública Volumen 17*, pp184-194.
- Serrano, S., & Cols. (2001). Depresión Guía de la Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria. 10-12.
- Vallejo Crespo, J. (2011). "Prevalencia de Depresión en adultos mayores de los asilos de Cantones azogue, Cañar, Tambo y Deleg de la provincia de Cañar. *Repositorio de la Universidad de Cuenca*, pp1-2.
- Závala, L. G., Nuñez, R. C., Chavarrilla, R. S., Ochoa, L.F., Suazo, R.N., Morales, R.A. (2011). Depresión en Adultos Mayores en San Lorezo, Valle. *Facultad de ciencias medicas*, p1.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-Managua

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESIS MONOGRÁFICA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR Y MEDICINA GENERAL

“Factores de riesgos asociados al desarrollo de depresión en los adultos mayores de la casa hogar San Pedro Claver Y hogar San Antonio del departamento de Masaya durante el Período comprendido entre enero- marzo del 2017”

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Tenga buen día estimado Sr@, les saludas las **Bra. María Alejandra Morales y la Bra. María Gabriela López Espinoza** estudiantes de Medicina de VI año de la carrera con el presente documento se pretende solicitar a usted su participación en un estudio que desea conocer “**Los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión en los adultos mayores de la casa Hogar San Pedro Claver y hogar San Antonio del departamento de Masaya**”, con el propósito de reformular las estrategias encaminadas hacia un envejecimiento saludable dentro del ámbito universitario. Solo se le solicita que responda un cuestionario de preguntas relacionadas con síntomas de depresión y aspectos de demográficos, económicos, afectivo-familiares.

Con esta investigación no buscamos ningún beneficio económico para los investigadores ni para la Universidad, ni para la Facultad de Ciencias Médicas; las bases de datos solo serán utilizadas con fines investigativos y serán manipulados solamente por el investigador con previo permiso por parte de la Directora Hna. Ana Guillen.

En caso de que usted no pueda firmar solicitaremos la firma de la encargada de enfermería como testigo para que firme por usted en presencia suya, así hacer constancia de su aprobación.

Agradecemos su colaboración.

Paciente

Persona responsable (en caso que paciente no pueda firmar)**Ficha de recolección de información.**

**Factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor de la casa hogar
San Pedro Claver.**

1. Características sociodemográficas.

Edad: _____ **Sexo:** F M

Estado civil: Casado Unión libre Divorciado
Soltero Viudo

Escolaridad: Primaria Secundaria Ninguno
Universitario Técnico

Tiempo de estancia en la casa hogar. _____

2. Antecedentes personales.

¿Usted padece alguna enfermedad? Sí **¿Cuáles?** _____
No

¿Ha estado hospitalizado en los últimos tres meses? Sí **¿Cuál fue la causa?**
No _____

¿Utiliza usted medicamento? Sí **¿Cuáles?** _____
No

3. Relación familiar.

¿Ha perdido un ser querido? Sí
No

¿Ha sufrido algún tipo de maltrato? Si Insultos o gritos
No Amenaza o chantajes.
Golpes o empujo.

¿Usted sufrió abandono? Si **¿Cuánto tiempo?** _____
No

¿Cuántas veces al mes recibe visitas?

De 1-5 Más de 10

De 5-10 Ninguno.


4. Escala de depresión Geriátrica. (EDG)

Pregunta a realizar.	Si	No
¿Está Ud. Básicamente Satisfecho con su vida?		
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses		
¿Siente Ud. que su vida está vacía ?		
¿Se siente Ud. Aburrido Frecuentemente ?		
¿La mayoría del tiempo está usted de buen ánimo ?		
¿Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar?		
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
¿Se siente con frecuencia desamparado que no vale nada o desvalido?		
¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?		
¿Siente que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?		
¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?		
¿Se siente inútil o despreciable como esta		

Ud. actualmente?		
¿Se siente Ud. lleno de energía?		
¿Se siente sin esperanza ante su condición actual?		
¿Cree Ud. que las otras personas están, en general, mejor que Ud.?		

 **Nivel de Depresión.**

- ❖ 0-5 normal
- ❖ 6-10 depresión moderada.
- ❖ 11-15 depresión severa.

 **Presencia de depresión.**

- ❖ No depresivo.
- ❖ Depresivo.

Anexo 1.

Tabla 2. Frecuencia según edad y depresión.

Edad (años)	Depresión				Total			
	Frec.	Si	%	Frec.	No	%	Frec.	%
Menor 70	2	15	11	85	13	26.53		
Mayor 70	15	42	21	58	36	73.47		
TOTAL	17	35	32	65	49			

Fuente: Encuesta a los adultos mayores

Anexo 2.

Tabla 3. Frecuencia según sexo y depresión.

Sexo	Depresión				Total	
	Si		No		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%		
Femenino	11	44	14	56	25	51
Masculino	6	25	18	25	24	49
Total	17		32		49	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

Anexo 3.

Tabla 4. Frecuencia según estado civil y depresión.

Estado Civil	Depresión				Total	
	No		Si		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%		
Casado	7	88	1	13	8	16
Divorciado	2	67	1	33	3	6
Soltero	9	47	10	53	19	39
Unión libre	5	71	2	29	7	14
Viudo	9	75	3	25	12	24
TOTAL	32	65	17	35	49	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

Anexo 4.

Tabla 6. Frecuencia según tiempo de estancia y depresión.

Estancia (años)	Depresión				Total	
	Si		No		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%		
2 o menos	7	30	16	70	23	47
3 a 4	3	38	5	63	8	16
Más de 5	7	39	11	61	18	37
Total	17		32		49	100

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

Anexo 5.

Tabla 9. Frecuencia según pérdida de un familiar y depresión.

Pérdida familiar	Depresión				Total	
	Si		No		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%		
Si	10	31	22	69	32	65.31
No	7	41	10	59	17	34.69
Total	17		32		49	

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

Anexo 6.

Tabla 10. Frecuencia según maltrato recibido y depresión.

Maltrato	Depresión				Total	
	Si		No		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%		
Si	6	67	3	33	9	18.37
No	11	28	29	73	40	81.63
Total	17		32		49	

OR= 5.27 (IC95%; 1.11<OR<28.84); Chi Cuadrada= 4.97, p=0.02

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

Anexo 7.

Tabla 13. Frecuencia según condición de indigente y depresión.

Indigente	Depresión				Total	
	Frec.	Si	Frec.	No	Frec.	%
Si	8	57	6	43	14	28.57
No	9	26	26	74	35	71.43
Total	17		32		49	

OR= 3.85 (IC_{95%}; 1.04<OR<14.16), Chi cuadrada: 4.35, p=0.03

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

Anexo 8.

Tabla 14. Frecuencia según número de visitas y depresión.

Número de visitas	Depresión				Total	
	Si		No		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%		
Ninguna	10	56	8	44	18	36.73
Más de 1	7	23	24	77	31	63.27
Total	17		32		49	

OR= 4.28 (IC_{95%}; 1.22<OR<15.02); Chi cuadrada: 5.46; p=0.019

Fuente: Encuesta a los adultos mayores.

