

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD CENTRAL



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

INFORME FINAL DE INVESTIGACION

TITULO:

**“DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DE LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE POPOTLAN Y GUALOCOCTI
DE JUNIO-JULIO DEL 2014”**

PRESENTADO POR:

José Amadeo Flores Castro

María de los Ángeles Flores Henríquez

José Armando Flores Jaco

Para optar al título de:

DOCTORADO EN MEDICINA

ASESORA:

Dra. Ana Concepción G. Polanco Anaya

San salvador 26 de agosto de 2014

CONTENIDO

I. RESUMEN.....	3
II. INTRODUCCION	4
III. OBJETIVOS	7
Objetivo General:.....	7
Objetivos Específicos:.....	7
IV. MARCO TEORICO.....	8
V. HIPÓTESIS	22
VI. DISEÑO METODOLOGICO	23
VII. VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	25
VIII. RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS	33
IX. RESULTADOS	34
X. DISCUSION	39
XI. CONCLUSIONES	43
XII. RECOMENDACIONES.....	46
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
XIV. ANEXOS.....	50

I. RESUMEN

La depresión es un problema de salud serio que afecta más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad, y que la mayoría de veces se ve enmascarada por la diversidad de síntomas y patologías presentes en el anciano.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en pacientes adultos mayores que consultaron en las unidades de salud de Popotlan y Gualococti del departamento de San Salvador y Morazán respectivamente, durante el periodo de junio-julio 2014, a quienes se les paso una encuesta, en las cuales se indago sobre aspectos demográficos, económicos, de salud, afectivo-familiares, el resto de las preguntas correspondían a la Escala de Depresión Abreviada de Yesavage, la cual es una escala internacional geriátrica estandarizada, que fue hecha por Brink y Yseavage en 1986, especialmente diseñada para evaluar el estado afectivo de los ancianos. Por medio de dicha escala, se investigaron los niveles de depresión en los entrevistados.

Se obtuvo una muestra de 40 pacientes adultos mayores, de los cuales 13 eran hombres y 27 mujeres. De estos, 24 pacientes no presentaron depresión, 12 pacientes presentaron depresión leve y 4 pacientes depresión establecida.

Los factores biopsicosociales más frecuentes encontrados en la población geriátrica deprimida fueron: Ser mujer, estar desempleado, no tener ingresos económicos, ser viudo, padecer enfermedades crónicas y la falta de ejercicio. Siendo la de mayor frecuencia la falta de actividad física en la población deprimida, lo cual comprueba nuestra hipótesis como errónea.

II. INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural 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. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.

Se sabe que la tendencia regresiva que están adoptando las pirámides poblacionales del mundo, auguran un aumento de este grupo poblacional, lo que hace aumentar el interés por estudiar la presencia de depresión en cuanto a frecuencia se refiere.

En estudios latinoamericanos como el del Dr. Carlos Gómez-Restrepo, sobre la prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana, en este estudio demostraron que la prevalencia de episodios depresivos durante doce meses previos a la realización del mismo era del 10% con una predominancia en el sexo femenino con 481 casos versus los 131 que correspondieron al sexo masculino. Siendo más de 50% de los episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años.

En Centroamérica, Mónica Mora, en su estudio “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa”, demostró por un lado que la depresión geriátrica era superior en las mujeres, dato que concuerda con el resto de estudios en Latinoamérica, y por el otro que la actividad física recreativa permite al adulto mayor en lo que respecta a la depresión, sin diferir en lo que respecta al género.

La vejez puede ser la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano. Y en El Salvador la situación no es la excepción, ya que el adulto mayor se ve expuesto a

múltiples factores de riesgo inherentes a la realidad de nuestro país, aunado con los cambios fisiológicos y emocionales que el adulto vive inherente a esta etapa de la vida. En base a la situación actual del país, resulta de interés realizar un estudio para profundizar aún más en la temática, al presentar de forma precisa los factores que están asociados a la depresión en este grupo etario.

La depresión, así como otras patologías de origen psiquiátrico, forman parte de la consulta regular en el Nivel Primario de Atención en Salud, y son a menudo sub-registrados, por la falta de pericia clínica para identificarlas, siendo el primer problema la identificación real de la frecuencia de la depresión en los adultos mayores que consultan a las unidades de salud estudiadas. Además identificar las distintas características de la población deprimida y no deprimida, observando cuál de ellas se encuentra con mayor frecuencia en el grupo de pacientes deprimidos.

Por lo anterior, se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, cuantitativo orientado a identificar los casos de depresión en los adultos mayores que consultan en las UCSF de Popotlan y Gualococti, en el periodo de junio a julio de 2014, y determinar el nivel de depresión en el que se encuentran, utilizando como instrumento estandarizado para este propósito, la escala de depresión Geriátrica de Yesavage. Identificando también los factores biopsicosociales frecuentes.

Una vez obtenidos los datos se realizó la tabulación y generación de graficas que contribuyeron a la categorización de los mismos, lo que proporcionó la frecuencia de cada factor asociado en cada grupo poblacional, brindando una guía en cuanto a la relación real que existe entre los factores asociados y la frecuencia de la depresión.

La información obtenida se sociabilizó en ámbitos reales de trabajo estudiados, mediante una presentación al personal que labora en dichas unidades de salud comunitaria, animándoles a considerar la depresión como un problema vigente en la población

atendida que debe ser prevenida, diagnosticada de manera precoz y tratada de forma integral.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir la frecuencia de depresión en los adultos mayores que consultan en las UCSF de Popotlan y Gualococti, en el periodo de junio a julio de 2014, y comparar los factores asociados.

Objetivos Específicos:

1. Determinar las características sociodemográficas, económicos, culturales y biológicas que presentan todos los adultos mayores que consultaron a las UCSF de Popotlán y Gualococti, en el periodo de junio a julio de 2014.
2. Diagnosticar a los adultos mayores con depresión que consultan en la UCSF de Popotlán y Gualococti, en el periodo de junio a julio de 2014, utilizando la escala de depresión de Yesavage.
3. Categorizar a la población de adultos mayores que consultaron en las UCSF de Popotlan y Gualococti, en el periodo de junio a julio de 2014, separando aquellos que adolecen de depresión de la población que no la adolecen.
4. Comparar los factores asociados observados de ambas poblaciones de adultos mayores que consultaron en las UCSF de Popotlan y Gualococti, y definir cuáles son los factores sociodemográficos, económicos y culturales más frecuentemente observados en ambas poblaciones.

IV. MARCO TEORICO

DEPRESION CONCEPTO Y GENERALIDADES

Depresión: las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución de disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados.¹

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.²

Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.²

Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente ya basta, me voy a poner bien. Sin tratamiento los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años; sin embargo la mayoría de las personas que padecen de depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado.³

Hay una serie de acontecimientos vitales (jubilación, muerte de cónyuge, muerte de amigos, etc.) que provocan ciertas reacciones disfóricas, es decir, manifestaciones de ansiedad, preocupación y tristeza. Si estas reacciones se intensifican, prolongan en el

¹ Hernan Velez A, William Rojas M., Jaime Borrero R., Jorge Restrepo M., Fundamentos de Medicina Psiquiatría, 4 edición, Medellín, Colombia.2004.

² OMS, . Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias,2011.

³ Strock M. Depresión. Instituto Nacional para la Salud Mental. Washington, 2004

tiempo y son acompañadas de un mayor número de síntomas constantes en un periodo dado, la afección se denomina depresión.⁴

Para esta investigación la depresión se comprenderá como la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y con pérdida del interés en las cosas que antes se disfrutaban. Representada en una alteración del afecto y expresada a través del decremento en el rendimiento cognitivo, perceptivo y motor normal, con una duración mínima de dos semanas y que comprometen su funcionalidad.

PRESENTACION CLINICA

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo con la sintomatología que los lleva a consultar.

El primero está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.). Estos son más fácilmente diagnosticados tanto por el psiquiatra como por el médico general.

El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo). Con frecuencia estos pacientes son sometidos a múltiples e infructuosos exámenes clínicos y a tratamientos inefectivos.

El tercero se manifiesta por otros síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad, que también es a menudo mal diagnosticada y peor tratada.

CUADROS CLINICOS

Episodio depresivo mayor.

La característica fundamental es un periodo de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido, o la pérdida del interés en todas o casi todas las

⁴ Saburido X, sexton M. Op. cit., p.382

actividades. La tristeza se manifiesta en la expresión facial. El apetito generalmente está disminuido, pero también puede estar aumentado. Es muy común el insomnio intermedio o terminal. La concentración es deficiente.

Distimia

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de dos años, y no puede tener un periodo mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología.

Trastorno depresivo menor

El episodio dura por lo menos dos semanas pero tiene por lo menos 5 ítems del EDM.

Depresión breve recurrente

Llena los criterios sintomáticos de EDM, pero dura menos de dos semanas.⁵

Es importante destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas relacionados con la depresión, tanto a nivel anímico, cognitivo como somático, lo que hace que exista discrepancia respecto de las características distintivas de la depresión en el adulto mayor, sin embargo, existe consenso respecto a diferenciar la depresión de inicio temprano con la de inicio tardío, cuyo primer episodio depresivo ocurre después de los 60 años. En la depresión de inicio tardío, existe menor frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos, alteraciones de la personalidad y mayor presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes), que motivarían el diagnóstico de depresión psicótica. Además existe mayor asociación con factores de riesgo cardiovascular, motivando el diagnóstico de depresión vascular y presencia de comorbilidad con otras enfermedades médicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, cáncer, dolor crónico, insuficiencia renal, enfermedades del sistema nervioso, infarto agudo al

⁵ Hernan Velez A, William Rojas M., Jaime Borrero R., Jorge Restrepo M., Fundamentos de Medicina Psiquiatría, 4 edición, Medellín, Colombia.2004.

miocardio, entre otras). Es relevante mencionar que los adultos mayores con depresión presentan polifarmacia, debido tanto a comorbilidades y automedicación, como a mantención de tratamientos no necesarios, lo que puede inducir, potenciar o interferir con el tratamiento del cuadro depresivo. Otro elemento particular de la depresión geriátrica es la presencia de síntomas cognitivos, aunque se debe destacar que no todo paciente adulto mayor con depresión presenta alteraciones cognitivas. Se puede distinguir de esta forma, la depresión sin alteración cognitiva, la depresión con síntomas cognitivos asociados (pseudodemencia) presumiblemente reversible posterior al tratamiento, la depresión con alteraciones cognitivas concomitantes y la depresión con disfunción ejecutiva, siendo esta última altamente resistente al tratamiento farmacológico.

Como última distinción con la depresión a edades más tempranas, la depresión en el anciano se asocia con una mayor tendencia a la cronicidad y/o respuesta incompleta o tardía a fármacos con un alto riesgo de recaídas y/o de evolucionar a demencia.⁶

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION DE ADULTOS MAYORES

SOCIO - DEMOGRAFICOS

En la edad geriátrica, el sentimiento de desesperanza y el síndrome depresivo aparecen con mayor frecuencia en los hombres, cuestión que se debe a las diferencias surgidas en esta etapa de sus vidas con relación a etapas anteriores, como por ejemplo: ya no son tratados igual en sus hogares, su participación en la toma de decisiones disminuye significativamente, también se quejan de su falta de autoridad.

⁶ Arranz L, Perez F, Petidier R., Depresión en el anciano Otra epidemia del siglo XXI, capítulo II. Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. Natural Ediciones, 2008.

En este contexto las ancianas están más acostumbradas y protegidas, pues cuentan con un círculo de intereses más amplio y una red de relaciones informales más estables, que le regalan mayor gratificación psicológica.⁷

El bajo nivel de escolaridad, sin dudas, incide negativamente a la hora de buscar soluciones acertadas a los problemas que engendra la vida cotidiana, y por ende, la frustración de no poder comprender y/o dominar el medio genera depresión en el adulto mayor, que logra adaptarse con dificultades a las exigencias del mundo actual o no logra hacerlo, muchas veces potenciado por su escaso nivel de instrucción, más acentuado en nuestras mujeres añosas, afectadas por la discriminación a que fueron sometidas en la etapa pre-revolucionaria.

En las mujeres casadas es más frecuente la depresión que en los hombres. En ellos es más frecuente la depresión en los solteros, esto explica la influencia de los factores psicosociales en la expresión o desarrollo de esta enfermedad.

La pérdida del cónyuge en esta etapa de la vida conlleva a que el anciano carezca de la compañía que más le satisface en términos de comprensión, afecto y comunicación, lo que constituye un factor desencadenante para vivenciar un estado depresivo.⁸

La disminución de personas jóvenes para cuidarlas, el aumento de la longevidad (los hijos envejecen a la par de los padres), la industrialización que trae como consecuencia disminución de la comunicación familiar, los problemas de la vivienda que conllevan a que sea desplazado de sus medios tradicionales, la emigración interna y externa que genera que los ancianos se queden solos.⁹

⁷ Reyes Guibert W. El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.p.96-7.

⁸ Barrios Lazaeta C. Aspectos sociales del envejecimiento. En: La atención del anciano: un desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica 546, 57-65, Washington DC, 1994.

⁹ Zaldívar Pérez D. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1996. p. 22-8.

BIOLOGICOS

La depresión podría ser una respuesta al estrés ocasionado por enfermedades en pacientes, predispuestos o no a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a enfermedades puede contribuir a desencadenar una depresión. Es evidente que la depresión no solo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y la acompaña, y, además, ocupa cualquier posición posible en relación con ella.

La presencia concurrente de 2 o más enfermedades tiene una alta transcendencia en cuanto al pronóstico clínico de los trastornos afectivos (peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad).

La comorbilidad se relaciona sustancialmente con una mayor probabilidad de aparición de discapacidades, y se le considera un importante factor de riesgo para su surgimiento, no solo por las consecuencias que se derivan del incremento en su número, sino por los efectos de combinaciones específicas entre ellas, los cuales elevan el riesgo y la severidad de las alteraciones funcionales (físicas o mentales) que de ellos se derivan. La coexistencia de múltiples condiciones crónicas o morbilidad múltiple intensifica el riesgo de discapacidad y mortalidad, y puede favorecer en el anciano el desarrollo de la fragilidad.¹⁰

Recibir el diagnóstico positivo de una enfermedad crónica como diabetes, hipertensión, artritis, sida o problemas cardíacos altera el estado anímico y genera depresión. Del 10 al 20% de los pacientes presentan alteraciones emocionales graves.

Lo que ocurre es que un paciente sabe que una enfermedad crónica es irreversible, incurable, que tiene complicaciones y que lo puede llevar a la muerte. Él mismo interpreta la situación y empieza a haber una negación de la enfermedad.

¹⁰ Alonso-Fernández F. Claves de la depresión. Madrid: Cooperación Editorial S.A.; 2001.

ECONOMICOS

La disponibilidad de ingresos económicos adecuados para llevar una vida digna, influye dentro del bienestar mental de las personas. Durante la etapa del adulto mayor, este factor se vuelve importante dentro de un contexto de poca demanda laboral hacia este sector. Vemos entonces que este grupo depende mucho de las pensiones que en muchas ocasiones son inadecuadas para suplir las necesidades básicas, lo cual provoca en muchos adultos mayores sentimientos disfóricos, angustia y ansiedad.

CULTURALES

Los estilos de vida son determinantes en una gran cantidad de patologías humanas, en este caso los niveles de actividad bajos parecen ser un factor predisponente a padecer de depresión en los adultos mayores. Por otro lado la pertenencia a clubes sociales de cual índole, parecen ser un factor protector a padecer de depresión, en dicha población.¹¹

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o hipomaniaco.¹²

¹¹ Vega E., Menéndez J., Prieto O., González E., Leyva B., Cardoso N., Bonet M., Rodríguez L. Atención al adulto mayor en temas de Medicina General Integral, R. Alvarez Sintet (Ed).Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2001.

¹² DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson; 2002.

TRATAMIENTO

Las depresiones secundarias generalmente mejoran al eliminar la enfermedad orgánica o al suspender las drogas que la causan. Sin embargo a menudo es necesario tratarlas con antidepresivos.

Debe referir al psiquiatra los casos con sintomatología más severa, con riesgo alto de suicidio.

El uso exclusivo de psicoterapias en el tratamiento de la depresión era recomendado en el pasado. La tendencia actual favorece la combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión.¹³

SEGÚN CIE-10

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a)** La disminución de la atención y concentración.
- b)** La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c)** Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d)** Una perspectiva sombría del futuro.
- e)** Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f)** Los trastornos del sueño.
- g)** La pérdida del apetito.

¹³ Hernan Velez A, William Rojas M., Jaime Borrero R., Jorge Restrepo M., Fundamentos de Medicina Psiquiatría, 4 edición, Medellín, Colombia.2004.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas somáticos o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos

particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en

forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.¹⁴

¹⁴ Clasificación internacional de enfermedades en su décima edición. Capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento. Revisión 2013.

V. HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación

“De todos los factores estudiados, la enfermedad crónica degenerativa se encuentra con mayor frecuencia en los adultos mayores que padecen depresión”.

Variable Independiente

Factores socio-demográficos, económicos, culturales y biológicos.

Variable Dependiente

Frecuencia de la depresión en el adulto mayor.

VI. DISEÑO METODOLOGICO

La investigación es observacional, de estudio prospectivo, descriptivo, transversal.

La población estudiada comprende los mayores de 60 años que consultaron en las unidades de salud de Popotlan y Gualococti entre junio y julio del 2014.

Universo

El Universo de estudio, fueron todos los adultos mayores de 60 años que consultaron en las UCSF de Popotlán y Gualococti en el periodo de junio a julio de 2014, independientemente del motivo de consulta.

Muestra

Muestra de diseño no estadístico ni al azar, tomada a conveniencia de los investigadores, conformada por todos los adultos mayores de 60 años que consultaron por cualquier motivo en las unidades de salud de Popotlan (25 adultos mayores) y Gualococti (15 adultos mayores) que hacen un total de 40 adultos mayores.

Criterios de Inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 60 años que consulten por cualquier causa en las UCSF de Gualococti y Popotlan y acepten realizar el test.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de depresión antes de los 60 años.

- Personas con alteraciones mentales o psiquiátricas.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica: encuesta. De igual manera como apoyo se hizo revisión del expediente clínico.

Herramienta: Escala de depresión de Yesavage abreviada. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo. Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, frente a las 30 preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente. La escala abreviada se comienza a utilizar desde el año 2000 cuando Aguado C. y cols realizan su traducción al castellano. Se necesitan unos cinco minutos para cumplimentarla y puede realizarla el paciente solo.

La forma abreviada de Yesavage es un instrumento de apoyo. Como todas las escalas de depresión pueden aparecer falsos positivos con cierta frecuencia, por lo que debe utilizarse exclusivamente en conjunción con otros datos, en nuestro caso el expediente clínico.

VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
Determinar las características sociodemográficas, económicas, culturales y biológicas que presentan todos los adultos mayores que consultaron a las UCSF de Popotlán y Gualococti, en el periodo de junio a julio de 2014.	Características sociodemográficas, económicas, culturales y biológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Carcterísticas sociodemograficas: son aquellas características demograficas y sociales que caracterizan a la poblacion. • Caracterisiticas economicas: son aquellas que muestran las formas o medios de satisfacer las <u>necesidades</u> humanas mediante los recursos • Caracteristicas culturales: conjuntos de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios materiales que usan sus miembros para comunicarse entre sí y resolver sus necesidades de todo tipo • Caracterisitcas biologicas: Son las propiedades innerentes en la vida o que interactuan con ella o en la formación de ella, entre ellas estan las propiedades quimicas, fisicas, la conducta, la inteligencia, etc 	<p>Edad: Número de pacientes adultos mayores según rango de edades de 10 años/número total de adultos mayores x100.</p> <p>Sexo: Masculino/ n° total de Adultos Mayores x100 Femenino/ n° total de Adultos Mayores x100</p> <p>Nivel de Escolaridad: No. de Adultos Mayores según grado de escolaridad/ n° total de Adultos Mayores x 100</p> <p>Estado civil: No de adultos mayores según estado civil/No. de Adultos Mayores x 100.</p> <p>Tipo familiar: N° de adultos mayores según tipo familiar / No. De adultos mayores x 100.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativas: Tipo de característica ya sea sociodemográfica, económica, cultural y biológicos. • Cuantitativas Porcentaje

			<p>N° de adultos mayores que viven solos / No. De adultos mayores x 100.</p> <p>Actividades recreativas: N° de adultos mayores que realizan actividades recreativas / No. Total de adultos mayores x 100.</p> <p>Empleo: N° de adultos mayores laboralmente activos/ n° total de adultos mayores x 100.</p> <p>Cantidad de ingreso: No. de adultos mayores según ingreso económico mensual/ No de adultos mayores x 100.</p> <p>Estado de la vivienda:</p> <p>No. de Adultos Mayores según el estado de vivienda / n° total de Adultos Mayores x 100</p> <p>Región geográfico : N° de adultos mayores según</p>	
--	--	--	---	--

			<p>región geográfica en que habita / n° total de Adultos Mayores x100</p> <p>Grupos de apoyo: No. De adultos mayores que asisten activamente a grupos de apoyo / n° total de Adultos Mayores</p> <p>Violencia: No. De Adultos mayores que han sido expuestos a algún tipo de violencia / n° total de adultos mayores</p> <p>Acceso a los servicios de salud: No. de Adultos según tiempo para trasladarse a UCSF/ n° total de Adultos Mayores x100</p> <p>N° de adultos mayores que realizan 150 min o más de actividad física regular por semana / n° total de adultos mayores x 100.</p> <p>Enfermedades crónicas degenerativas: No. de Adultos Mayores que</p>	
--	--	--	---	--

			<p>padecen una enfermedad crónica degenerativa / n° total de Adultos Mayores x100</p> <p>Drogas sociales: N° de adultos mayores que consumen, alcohol o tabaco / n° total de adultos mayores x 100</p> <p>Polifarmacia: N° de adultos mayores que utilizan cuatro o más medicamentos por tres semanas consecutivas o mas / n° total de adultos mayores x 100</p>	
<p>Diagnosticar utilizando el test del MINSAL cuáles son los adultos mayores que consultan en las UCSF de Popotlán y Gualococti, en el periodo de junio a julio de 2014, que adolecen de depresión.</p>	<p>Escala de depresión geriátrica abreviada: Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no</p>	<p>Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue: N° de adultos mayores con puntaje de 0-5: Normal. N° total de adultos mayores 6-9: Probable depresión. N° total de adultos mayores con puntaje >10: Depresión establecida.</p>	<p>Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue: No de adultos mayores según la clasificación del test de depresión del MINSAL/ No total de adultos mayores x 100.</p>	<p>Cuali-Cuantitativo: Número más porcentaje de pacientes con depresión: Normal, Probable, Establecida. Número más porcentaje de pacientes sin depresión</p>

	debe ser muy meditada.			
Categorizar la población de adultos mayores que consultan en las UCSF de Popotlán y Gualococti, en el periodo de junio a julio de 2014, separando aquellos que adolece de depresión de la población que no la adolece.	<p>Categoría: es cada uno de los grupos básicos en los que puede incluirse o clasificarse a la población estudiada.</p> <p>La categorización (es decir, cerrar o establecer las categorías) facilita la clasificación de los datos registrados, y por consiguiente, propicia una importante simplificación.</p>	<p>Para efectos de este trabajo las categorías que se consideraron fueron:</p> <p>-Adulto con depresión: aquellos adultos mayores que tengan más de 10 puntos en el test de depresión del MINSAL.</p> <p>-Adultos sin depresión: aquellos adultos mayores que tengan < de 5 puntos en el test de depresión del MINSAL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N° de adultos mayores con depresión / N° total de adultos mayores X100 • N° de adultos mayores sin depresión / N° total de adultos mayores X 100 	<p>Cuantitativo: Porcentaje de adultos mayores con depresión</p> <p>adultos mayores sin depresión</p>
Comparar los factores asociados observados de ambas poblaciones de adultos mayores que consultaron en las UCSF de Popotlán y Gualococti, y definir cuáles son los factores más	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Escolaridad • Estado civil • Ocupación • Fuentes de Ingreso • Estado de la vivienda • Región geográfica 	<p><u>Edad:</u> Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.</p> <p><u>Sexo:</u> Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.</p> <p><u>Nivel de</u></p>	Se llevará a cabo una comparación entre todos los factores estudiados dando a conocer de manera porcentual los que se observaron con más frecuencia en los adultos mayores con depresión y los que no padecen de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuantitativo: Porcentaje

<p>frecuentes observados entre ambas poblaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia económica • Violencia • Acceso a servicios de salud • Padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas. 	<p><u>Escolaridad:</u> Grado académico de mayor nivel alcanzado.</p> <p><u>Estado civil:</u> Las condiciones de: viudo, soltero, separado, casado, acompañado se verifica la presencia o no de pareja.</p> <p><u>Tipo familia:</u> Las cuales se dividen en familia nuclear y extensa.</p> <p><u>Actividades recreativas:</u> Son técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo indefinido e indirecto.</p> <p><u>Empleo:</u> Trabajo realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo por el que se recibe una remuneración o salario.</p> <p><u>Cantidad de ingreso:</u> Cantidad de dinero percibido mensualmente tomando como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) \$100 muy bajo ingreso b) \$200 bajo ingreso c) \$300 ingreso aceptable. <p><u>Estado de la vivienda:</u> Una edificación cuya principal función es ofrecer refugio para paliar las condiciones adversas de vivir a la intemperie.</p> <p><u>Región geográfica:</u> Zona urbana o zona rural.</p>	<p>depresión.</p>	
---	---	---	-------------------	--

		<p><u>Grupos de apoyo:</u> Grupos de personas que experimentan situaciones similares en la vida y que se reúnen periódicamente para compartir sus vivencias.</p> <p><u>Violencia:</u> Daño físico y psicológico que se infringe hacia persona.</p> <p><u>Acceso a los servicios de salud.</u> Disponibilidad que tienen los adultos mayores a los servicios de salud tomando en cuenta la distancia que deben recorrer para consultar (45 minutos o más)</p> <p><u>Enfermedades crónicas degenerativas.</u> Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.</p> <p>Para la investigación se tomó en cuenta la hipertensión arterial crónica, los infartos, el cáncer, diabetes mellitus.</p> <p><u>Drogas Sociales.</u> Son los tipos de drogas aceptadas por la sociedad para la investigación se tomaron en cuenta el cigarrillo y el alcohol.</p> <p><u>Polifarmacia:</u> Es la utilización de 4</p>		
--	--	--	--	--

		medicamentos o más, de manera crónica (más de 3 semanas), independientemente si es indicación médica o no.		
--	--	--	--	--

RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La recolección de datos se hará a través de una entrevista estructurada utilizando como instrumento un cuestionario estandarizado internacionalmente, además de ítems obtenidos a partir de la operacionalización de variables.

El análisis y el procesamiento de los datos se realizara utilizando tablas y gráficos para comparar los valores obtenidos, y correlacionar las variables a investigar. Como programa para procesar los datos se utilizará: Microsoft Excel 2012. Posteriormente para realizar cálculos estadísticos se utilizará el programa EpiData bajo el Core de Linux.

VII. RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según género y el diagnóstico de depresión.

Sexo	Gualococti		Popotlán	
	Normal	Depresión	Normal	Depresión
Masculino	4	1	5	3
Femenino	6	4	9	8
Total	10	5	14	11

Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 2: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según edad y el diagnóstico de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 3: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según el estado civil y el diagnóstico de depresión.

Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 4: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según escolaridad y el diagnóstico

de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 5: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según zona donde residen y el diagnóstico de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 6: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según el tipo de vivienda y el diagnóstico de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 7: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según los servicios básicos disponibles y el diagnóstico de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 8: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según convivencia y el diagnóstico

de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 9: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según maltrato recibido y el diagnóstico de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 10: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según ocupación y el diagnóstico de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 11: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según ingreso percibido y el diagnóstico de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 12: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según remesa recibida y el diagnóstico de depresión. Error! Not a valid link. Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 13: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según pensión recibida y el diagnóstico de depresión.[Error! Not a valid link.](#) Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 14: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según padecimiento de alguna discapacidad y el diagnóstico de depresión.[Error! Not a valid link.](#) Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 15: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según padecimiento de enfermedad crónica degenerativa y el diagnóstico de depresión.[Error! Not a valid link.](#) Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 16: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según acceso a los servicios de salud y el diagnóstico de depresión.[Error! Not a valid link.](#) Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 17: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según la realización de actividades recreativas y el diagnóstico de depresión. [Error! Not a valid link.](#) Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 18: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según la pertenencia a grupos de apoyo y el diagnóstico de depresión.[Error! Not a valid link.](#) Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 19: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según actividad física y el diagnóstico de depresión.[Error! Not a valid link.](#) Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 20: Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según el consumo de drogas y el diagnóstico de depresión.[Error! Not a valid link.](#) Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

Tabla 22. Distribución de los adultos mayores que consultaron en las UCSF de Gualococti y Popotlán de Junio a Julio del 2014 según la cantidad de medicamentos prescritos y el diagnóstico de depresión.[Error! Not a valid link.](#) Fuente de información: encuesta realizada en adultos mayores que consultaron en unidades de salud de Popotlan y Gualococti del periodo de junio a julio de 2014.

VIII. DISCUSION

La literatura revisada hace reconocer que la depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En la presente investigación de la población en estudio se encuentra en la zona de Popotlan un 16% de personas con depresión establecida a diferencia de los adultos mayores que consultaron en UCSF de Gualococti donde no se identificó pacientes en este estado, sin embargo, en ambas UCSF se presentan pacientes con depresión leve, 33.3% correspondiente a UCSF Gualococti y 44% correspondiente a UCSF Popotlan.

Además la pérdida del cónyuge en esta etapa de la vida conlleva a que el anciano carezca de la compañía que más le satisface en términos de comprensión, afecto y comunicación, lo que constituye un factor desencadenante para vivenciar un estado depresivo, así mismo en el presente estudio se reflejó la influencia del estado civil en el adulto mayor ya que en los pacientes viudos y acompañados se encuentran presentes tanto depresión leve como depresión establecida. Aunque también llama la atención que en la UCSF Popotlan se encontró un paciente soltero con depresión, no así en UCSF Gualococti, esto explica la influencia de los factores psicosociales en la expresión o desarrollo de esta enfermedad. Además se calculó que un 37.93% de los adultos mayores que viven acompañados sufren de depresión leve y establecida, mientras que esta cifra

se ve aumentada por los adultos mayores que viven solos ya que en este grupo la frecuencia de depresión leve y establecida es de un 45.45%. Dentro de las personas con quienes conviven se encuentra el conyugue y el hijo en la mayoría de los casos. Cabe mencionar que no se encontró información de maltrato hacia los adultos mayores entrevistados por parte de otras personas.

En cuanto al apartado de “empleo”, en Gualococti un 26.6% de las personas se encontraron con depresión leve y desempleadas, en contraste con solo un 6.6% de personas que padecían depresión leve y se encontraban empleadas. En Popotlán la tendencia se mantiene ya que se observa un 20% de personas con depresión leve y un 16% de personas con depresión establecida que se encuentran desempleadas, en contraste con solo un 8% de personas que padecen depresión leve y se encuentran empleadas. En base a estos datos se demuestra que la disponibilidad de ingresos económicos adecuados para llevar una vida digna, influye dentro del bienestar mental de las personas. Durante la etapa del adulto mayor, este factor se vuelve importante dentro de un contexto de poca demanda laboral hacia este sector. Este grupo etario depende de las pensiones que en muchas ocasiones son inadecuadas para suplir las necesidades básicas, lo cual provoca en muchos adultos mayores sentimientos de depresión, angustia y ansiedad.

En cuanto a la cantidad de ingresos hay una leve disminución de la depresión en las personas mayores que no poseen ningún ingreso, ya que un 37.5% de los adultos mayores que no poseen ningún ingreso poseen depresión leve o moderada en comparación de aquellas personas que tienen un ingreso de más de \$100, \$200 y \$300 cuyos porcentajes son 42.85%, 42.85% y 40% respectivamente. Estos datos los podemos relacionar desde el punto de vista de la dependencia económica, ya que los que no tienen ingresos económicos propios son personas que dependen de alguien más y, que hasta

cierto punto no mantienen preocupación alguna por los insumos que necesitan ya que sus parientes los proporcionan.

Importante es también la influencia del área geográfica donde residen estos pacientes ya que la depresión en la región rural (Gualococti) es del 33.3%, mientras que en la región urbana (Poptlan) es del 44%, incluyendo en este porcentaje la depresión establecida la cual no se encontró dentro de la muestra de la zona rural, este dato hace pensar que el área geográfica no es tan influyente como factor asociado a la presencia de depresión en los adultos mayores, quizá porque estos pacientes llegan a adaptarse a las condiciones ambientales que cada área les brinda.

La presencia concurrente de 2 o más enfermedades tienen una alta transcendencia en cuanto al pronóstico clínico de los trastornos afectivos (peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad la comparación de nuestros pacientes en estudio donde la depresión en los adultos mayores que padecen alguna clase de discapacidad física se observa una frecuencia de depresión del 43.75%, mientras que la frecuencia de depresión leve y establecida en los pacientes que no padecen de discapacidad es del 37.5%.

La presencia de enfermedades crónico-degenerativas también juega un papel importante ya que de los pacientes encuestados la frecuencia de la depresión en adultos mayores que padecen de una enfermedad crónica degenerativa es del 42.85%, en contraste con el 33.3% de los adultos mayores que padecen de depresión pero no padecen de una enfermedad crónico- degenerativa. Dentro de las enfermedades más comunes se encuentra la HTA como la más frecuente. De todos los pacientes que padecen enfermedad crónica degenerativa, el 100% recibe tratamiento médico, de los cuales el 32.14% lo hace en hospital y el 67.85% lo hace en unidad de salud comunitaria.

Se encontró que la frecuencia de depresión es mayor en personas que no realizan actividades recreativas entre estas tomamos en cuenta: salir a caminar al parque, asistir a talleres de aprendizaje, salir de paseo con la familia, etc.

Se observó que la depresión en los adultos mayores que no realizan actividades recreativas es del 41.6%, mientras que en los pacientes que realizan actividad recreativa es del 39.2%.

La literatura revisada mostró que la pertenencia a clubes sociales de cualquier índole, parecen ser un factor protector a padecer de depresión, en dicha población, de los pacientes que asisten a un grupo de apoyo la frecuencia de la depresión fue del 33.3% en contraparte el 50% de las personas que no asisten a grupos de apoyo sufren de depresión leve o establecida.

Se demostró que la realización de ejercicio físico es otro factor protector contra la depresión así en este estudio se refleja que los niveles de actividad bajos parecen ser un factor predisponente a padecer de depresión en los adultos mayores ya que se presenta un aumento de la frecuencia en los adultos que no realizan ejercicio físico un 45% de estos la padecen, en contraparte solo un 22.2% de los adultos mayores que realizan ejercicio padecen de depresión.

El uso de drogas está íntimamente asociado a la presencia de depresión en los pacientes entrevistados se observa una mayor frecuencia de la depresión en los adultos mayores que no consumen alguna clase de sustancia (45.1%), en contraposición con los que las consumen (22.2%). Dentro estas la sustancia más utilizada fue el alcohol.

La polifarmacia, termino utilizado cuando se consumen más de 4 medicamentos simultáneamente, de los pacientes encuestados con polifarmacia la frecuencia de la depresión fue del 42.2%, mientras que en los pacientes que tomaban más de cuatro medicamentos fue del 28.5%; esto hace pensar que la polifarmacia tiene influencia en el

la frecuencia de depresión, asociándose a un aumento importante en quienes la presentan.

IX. CONCLUSIONES

- Se puede concluir que no se confirma nuestra hipótesis de investigación, ya que según los datos obtenidos han sido el factor económico y la poca actividad física de los adultos mayores los más frecuentes. Sin embargo, no se excluye en su totalidad la influencia de las enfermedades crónico-degenerativas ya que también estas asociadas a la presencia de depresión en adultos mayores.
- La tasa de depresión en la región rural de Gualococti es más baja que en la región urbana de Popotlán, siendo la primera de 33.3% en contraste con el 44% que se encuentra en esta última.
- En ambas regiones estudiadas se observa una clara predominancia de la depresión en el sexo femenino versus el masculino, siendo del sexo femenino el 75% de los pacientes diagnosticados con depresión. El estudio presenta una muestra constituida por 13 hombres y 27 mujeres que no se puede reflejar como

representativa, ya que en ambas unidades consultan más adultos mayores del sexo femenino que del sexo masculino.

- Los factores económicos influyen en gran medida en la frecuencia de la depresión, ya que aquellos pacientes que carecen de ingresos económicos, representan el 68.75% del total de los pacientes que padecen de depresión. Además aunado a esto, la frecuencia de la depresión en los adultos desempleados también fue muy alta, siendo del 81.21%.
- La actividad física parece ser un factor protector ya que la frecuencia de depresión en los adultos mayores que realizan actividad física fue de 22.2%, sin embargo la realización de actividades recreativas no parece tener un papel tan preponderante como factor protector.
- En cuanto a los factores biológicos se concluye que la presencia de comorbilidades, enfermedades crónico-degenerativas a la cabeza la hipertensión arterial y las discapacidades provocan mayor incidencia de depresión en adultos mayores que las poseen en comparación de quienes no las poseen. Sin embargo los dos factores con más peso durante esta investigación fueron la actividad física y los factores económicos.
- Además se concluye que la polifarmacia no ejerce una influencia significativa como factor que aumenta la frecuencia de pacientes con depresión, sean estos prescritos o no por médico. Ya que dentro de los que consumen 4 medicamentos o menos se encontraban 3 pacientes con depresión establecida a comparación de un

paciente que presenta depresión que se encuentra en los que consumen más de 4 medicamentos.

X. RECOMENDACIONES

- A los médicos de las diferentes unidades de salud tanto fijos como en servicio social, para que dentro de una evaluación integral puedan hacer un diagnóstico temprano de depresión en los adultos mayores y realizar las medidas necesarias para evitar el deterioro rápido en la calidad de vida de los pacientes. Dentro de las medidas podemos mencionar, referencia temprana con el especialista (psicólogo o psiquiatra) e inclusión de los adultos mayores en club del adulto mayor.
- A los investigadores, presentar los resultados obtenidos a los directores y demás personal médico de sus unidades con el fin de concientizar y poder formar personal médico capaz de evaluar de manera integral al paciente adulto mayor e intervenir de manera temprana.
- Así mismo, a los directores de cada unidad de salud, para que puedan fortalecer los clubes de Adulto Mayor en las unidades de salud comunitaria de Popotlan y Gualococti a través de capacitaciones continuas a los coordinadores de dichos grupos para brindar una mejor atención y detección temprana de sintomatología depresiva.
- A los directores, fortalecer el sistema de referencia utilizando recursos como la ambulancia en pacientes con depresión mayor que se muestren renuentes o sin ánimos continuar el tratamiento así como el sistema de interconsulta que permita a los pacientes con problemas depresivos ser atendidos según el nivel de complejidad en los niveles de atención correspondientes.

- A los médicos y enfermeras, promover el apoyo familiar hacia los adultos mayores, por medio de charlas informativas en las Unidades de Salud sobre los cambios que experimentan y sobre cuidados especiales que requieren ahora que ya se encuentran en la tercera edad.

- Reforzar a los estudiantes de medicina en temas relacionados a la depresión en adultos mayores, para que estos aprendan a identificarlos en las prácticas comunitarias.

- Se recomienda referir a los pacientes con depresión según su nivel de gravedad con psicología o psiquiatría para recibir tratamiento oportuno.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Institute for health metrics and evaluation. Global burden disease study.
- Gomez- Restrepo C, Bohorquez A, Pinto Mazis D, Gil Laverde, JFA, Rondon Sepulbeda M, Diaz Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev panam salud pública. 2004; 16 (6:378-86).
- Castro Lizarraga M., Ramirez Zamora S., Aguilar Morales L. V., Diaz de Anda V. M. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. Neurol Neurocir Psiquiat 2006; XXXIX(4) : 132-137.
- Mónica Mora, Delia Villalobos, Gerardo Araya y Antonieta Ozols. Perspectiva subjetiva d la calidad de vida del adulto mayor y las diferencias ligadas al sexo y a la actividad físico recreativa. Revista MHSalud (ISSN: 1659-097X) Vol. 1. N°. 1. Setiembre, 2004.
- Crespín Guevara, Mario René; Cruz Mejía, Jeancy Dafne y Flores Duran, Rosa Abelina (2010) Importancia de las redes de apoyo social y su relación con el apareamiento de eventos depresivos en los adultos mayores, que asisten al centro integral de día.
- María Álvarez de Sanchez J. Niveles de depresión identificados con la escala geriátrica de Yesavage y factores biopsicosociales presentes en adultos mayores en las unidades de salud de Aguilares, Tonacatepeque y Villa Mariona. Junio – Julio 2012. Facultad de Medicina Universidad de El Salvador, 2012.
- Hernan Velez A, William Rojas M., Jaime Borrero R., Jorge Restrepo M., Fundamentos de Medicina Psiquiatria, 4 edición, Medellín, Colombia.2004.

- OMS. Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, 2011.
- Strock M. Depresión. Instituto Nacional para la Salud Mental. Washington, 2004.
- Saburido X, sexton M. Op. cit., p.382.
- Arranz L, Perez F, Petidier R., Depresión en el anciano Otra epidemia del siglo XXI, capítulo II. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Natural Ediciones, 2008.
- Reyes Guibert W. El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.p.96-7.
- Barrios Lazaeta C. Aspectos sociales del envejecimiento. En: La atención del anciano: un desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica 546, 57-65, Washington DC, 1994.
- Zaldívar Pérez D. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1996. p. 22-8.
- Alonso-Fernández F. Claves de la depresión. Madrid: Cooperación Editorial S.A.; 2001.
- Vega E., Menéndez J., Prieto O., González E., Leyva B., Cardoso N., Bonet M., Rodríguez L. Atención al adulto mayor en temas de Medicina General Integral, R. Alvarez Sintés (Ed).Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2001.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson; 2002.
- Clasificación internacional de enfermedades en su décima edición. Capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento. Revisión 2013.

XII. ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Instrumento sobre: “**Depresión en los adultos mayores de las unidades comunitarias de salud familiar de Popotlan y Gualococti de junio-julio de 2014**”.

Objetivo: identificar los factores sociodemográficos, culturales económicos y biológicos de los adultos mayores que consultan en las UCSF Popotlan y Gualococti; además conocer si se encuentran en estado de depresión o no.

A continuación se realizara una serie de interrogantes que deben ser contestadas de la forma más sincera posible, dicha información será utilizada como parte de una investigación sobre el tema “Depresión en el adulto mayor” presentado por los estudiantes de la carrera de doctorado en medicina para optar por el título “Doctorado en medicina”

DATOS GENERALES

Edad: ____

Sexo: masculino: ____ Femenino: ____

Estado civil: Soltero/a: ____ Casado/a: ____ Acompañado/a: ____ Viudo/a: ____ Otro: ____

Ocupación: Empleado: ____ Desempleado: ____

Escolaridad: Ninguna: ____ Básica: ____ Media: ____ Superior: ____

Área geográfica: Rural: ____ Urbana: ____

Tipo de vivienda: Ladrillo: ____ Adobe: ____ Bahareque: ____
Champa: ____ No tiene: ____

Con servicios completos:

Si: ____ No: ____

¿Cuáles?

Agua: ___ Luz: ___ Tren de aseo: ___

A continuación se le harán preguntas en cuanto a su estado familiar.

¿Vive con algún familiar?:

Si: ___ No: ___

¿Con quién vive?:

Conyugue: ___ Hijos: ___ Solo: ___ Otros: ___

¿Recibe maltrato por parte de otras personas?

Si: ___ No: ___

Si su respuesta anterior es SI; ¿En qué lugar recibe maltrato?

Intrafamiliar: ___ Comunitaria: ___ Otro: ___

A continuación le haré unas preguntas muy personales, le recordamos confidencialidad en la información brindada

¿Posee usted empleo?

Si: ___ No: ___

Si es SI: formal: ___ Informal: ___

No tiene ningún ingreso: _____ Mayor de \$100: _____ Mayor de \$200: _____ Mayor de \$300: _____

¿Recibe remesa de algún familiar para gastos propios? Si: _____ no: _____

¿Recibe ayuda por parte del programa de pensión a la tercera edad del gobierno (Red solidaria)?

Si: ___ No: ___

¿Adolece de alguna discapacidad (defecto físico)?:

Si: ___ No: ___

Si la respuesta es sí, ¿cuál es? _____

Padecimiento de enfermedad crónica:

Si: _____ no: _____

¿Cuál enfermedad padece?: _____

¿Está en tratamiento por ella?:

Si: ___ No: ___

Tiene medicamentos (recetados por medico) siempre para tratarse:

Si: ___ No: ___

¿A dónde recibe tratamiento para dicha enfermedad?:

Unidad de salud: ___ hospital: ___ otro: ___

¿Tiene acceso a un centro de salud?:

Distancia más de 45 min: ___ Menos de 45 minutos: ___

¿Qué tipo de medio de transporte utiliza para llegar al centro de salud más cercano?

Bus: ___ Carro: ___ A pie: ___ Otros: ___

¿Realiza algún tipo de actividad recreativa?

Si: ___ No: ___

¿Pertenece usted a algún grupo de apoyo (donde recibe algún tipo de ayuda)?

Si: ___ No: ___

Si su respuesta anterior es SI ¿Cuáles?

Iglesia: ___ Club del adulto mayor: ___ Otros: ___

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si: ___ No: ___

Si su respuesta es SI ¿Cuánto tiempo?

30 minutos: ___ 60 minutos: ___ 120 minutos: ___ Más de 120 minutos: ___

¿Consume usted algún tipo de las siguientes sustancias?

Si: ___ No: ___

Si su respuesta es SI, ¿Cuáles?

Alcohol: ___ cigarro: ___ Cannabis: ___ Otros: ___

¿Consume usted más de cuatro medicamentos recetados o no por médico?

Si: ___ No: ___

ESCALA DE DEPRESION YESAVAGE ABREVIADA

1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?
si___ NO___
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?
SI___ no___
3. ¿Siente que su vida está vacía?
SI___ no___
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?
SI___ no___
5. ¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?
si___ NO___

6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?
SI__ no__
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
si__ NO__
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?
SI__ no__
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?
si__ NO__
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?
SI__ no__
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?
si__ NO__
12. ¿Se siente inútil despreciable como está usted actualmente?
SI__ no__
13. ¿Se siente lleno/a de energía?
si__ NO__
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?
SI__ no__
15. ¿Cree usted que las otras personas en general, están mejor que usted?
SI__ no__

SUME TODAS LAS RESPUESTAS “SI” EN MAYUSCULAS O “NO” EN MAYUSCULAS

O SEA SI= 1 NO= 1 si= 0 no= 0

0-5: Normal 6-9: Depresión leve >10: Depresión establecida

MES ACTIVIDAD	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
LINEAMIENTOS ELABORACIÓN DE PERFIL DE INVESTIGACION	XXX						
ENTREGA DE PERFIL DE INVESTIGACION	X						
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION		XX					
ENTREGA Y REVI- SIÓN DE PROTOCOLO PRELIMINAR			XX				
ENTREGA DE PROTOCOLO DEFINITIVO			X				
VALIDACION DE INSTRUMENTO			X				
OBTENCION DE LA INFORMACION				XXXX			
PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE RESULTADOS					XX		
REDACCION DE INFORME FINAL PRELIMINAR					XX		
ENTREGA DE INFORME FINAL						X	
DEFENSA PUBLICA Y ORAL							XX

