



**Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor del centro urbano del cantón
Biblián 2020.**

Autoras:

Miriam Margarita Cajamarca Tenezaca

Carmen Alexandra Muñoz Fernández

Departamento de Posgrados, Universidad del Azuay

Especialidad en medicina familiar y comunitaria

Director:

Dr. Fray Cleiton Martínez Reyes

Enero 2022

Dedicatoria

Este trabajo fruto del esfuerzo y sacrificio no solo de mi persona, sino de todos a quienes amo, se lo dedico a mi Dios por ser el dador de vida y guía en cada uno de mis pasos, a mis hijos: Stalyn, Sebastián y Camilita, quienes dan sentido a todos mis días, alivian mis penas, dan alegría a mi existencia y son el motivo de querer superarme; a mi esposo Lenin, compañero de vida, por su amor, comprensión y ayuda en este largo trajinar; a mi querida madre, quien siempre dice que “lo que con mucho trabajo se obtiene, más se ama” y finalmente a mis hermanas por su apoyo y cariño de siempre.

Con cariño.

Miriam Margarita Cajamarca Tenezaca

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado principalmente a Dios por el regalo de la vida y por permitirme un logro más en mi vida, a mis padres por su cariño y su apoyo incondicional por sus palabras de aliento que me ayudaron a llegar a cumplir mis anhelos.

A mi amado hijo Joel por ser la fuente de motivación e inspiración para poderme superar cada día más y así poder luchar cada día para conseguir mis metas.

Con mucho afecto

Carmen Alexandra Muñoz Fernández

Agradecimiento.

Porque no hay valor más grande que el de la gratitud, deseo expresar un sincero agradecimiento en primer lugar a Dios por su inmensa misericordia, porque sin Él nada es posible.

A mis hijos: Stalyn, Sebastián y Camilita que son el mejor regalo que Dios me ha dado, llenando mi vida de alegrías y esperanza, gracias por su comprensión al no poder estar pendientes de ellos a cada momento, pero ustedes saben que los amo mucho.

A mi esposo Lenin por su paciencia, sacrificio, esfuerzo, amor incondicional y por creer en mí capacidad, agradezco a Dios por ponerle en mi camino.

A mi amada madre por su dedicación para con mis hijos, que a pesar de su salud siempre estuvo ahí para apoyarme y ayudarme, mil gracias y a mis hermanas porque no hay nada mejor que saber que siempre hay alguien en la vida dispuesto a darte su mano.

A nuestros médicos docentes del posgrado, quienes con sus enseñanzas y conocimiento han sembrado el amor a la medicina y sobre todo ese amor al servicio, “porque el que no nace para servir no sirve para vivir”, haciendo que cada día nos esforcemos por ser mejores profesionales y sobre todo mejores humanos.

A nuestro director de tesis Dr. Fray Cleiton Martínez Reyes por estar siempre atento a nuestras dudas, por su gran disposición, por sus conocimientos impartidos, por su amor y vocación a la profesión.

Con gratitud.

Miriam Margarita Cajamarca Tenezaca

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por darme el don de la vida y por qué gracias a el he podido alcanzar mis metas.

A mi hijo Joel quien ha sido mi fortaleza y quien llena de alegría, esperanza y paz a mi vida con su cariño incondicional.

A mi esposo Rolando quien ha sido mi apoyo y ayuda por su comprensión y paciencia

Al director de la tesis Dr. Fray Cleiton Martínez Reyes deseo expresar mi agradecimiento, por su apoyo y ayuda que ha brindado a este trabajo y por su disposición al impartir con nosotros sus conocimientos.

A la Universidad del Azuay que me abrió sus puertas para ser mejor persona y una buena profesional.

A los catedráticos del posgrado que con sus conocimientos han sido mi ejemplo a seguir y me han impulsado a ser mejor profesional.

Con mucho agradecimiento.

Carmen Alexandra Muñoz Fernández

Índice de contenido

Dedicatoria.....	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Agradecimiento	v
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
1. Introducción	1
2. Objetivos.....	5
3. Marco teórico.....	6
4. Metodología	10
5. Resultados.....	17
6. Discusión	22
7. Conclusiones	26
8. Recomendaciones.....	26
9. Referencias bibliográficas	27
10. Anexos	33

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del cantón Biblián Centro urbano.	17
Tabla 2. Características psicosociales y familiares de los adultos mayores del cantón Biblián Centro urbano.	18
Tabla 3. Prevalencia de depresión en los adultos mayores del cantón Biblián Centro urbano.	19
Tabla 4. Factores asociados a la depresión establecida en los adultos mayores del cantón Biblián Centro urbano.....	20

Índice de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	33
Anexo 2. Formulario de recolección de datos.....	34
Anexo 3. Escala de depresión geriátrica de Yesavage	37

Resumen

Introducción: Debido a sus comorbilidades, la depresión se ha posicionado como un problema de salud pública, particularmente en los sujetos de la tercera edad, por lo que resulta necesario identificar los factores asociados a esta.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal y analítico, que incluyó 194 adultos ≥ 65 años elegidos de forma aleatoria. Se les aplicó un formulario que incluyó preguntas sobre características sociodemográficas y factores psicosociales. Adicionalmente, para la identificación de depresión, se utilizó el cuestionario de Yesavage.

Resultados: La prevalencia de depresión establecida fue de 33,5% (n=65), cuyos factores de riesgo asociados fueron: escolaridad de nula/básica (RP=3,4; IC95% 1,3-8,9), viudez (RP=1,8; IC95% 1,2-1,9), no trabajar (RP=1,5; IC95% 1,2-1,8), no dormir bien (RP=1,5; IC95% 2,6-6,0), presentar lesión o enfermedad en el último año (RP=2,1; IC95% 1,4-3,2), muerte de familiares/amigos cercanos (RP=1,7; IC95% 1,1-2,5).

Conclusiones: La depresión es un trastorno mental altamente prevalente en los adultos mayores, la cual está asociada a la baja escolaridad, la viudez, el desempleo, problemas del sueño, el estar enfermo o la pérdida de algún ser querido.

Palabras claves: depresión, adulto mayor, factores asociados.

Abstract

Introduction: Due to its comorbidities, depression has been positioned as a public health problem, particularly in the elderly, so it is necessary to identify the factors associated with it.

Materials and methods: A quantitative, cross-sectional and analytical study was conducted, which included 194 randomly chosen adults ≥ 65 years of age. A form was applied to them that included questions about sociodemographic characteristics and psychosocial factors. Additionally, for the identification of depression, the Yesavage questionnaire was used.

Results: The prevalence of established depression was 33.5% (n = 65), whose associated risk factors were: zero / basic education (PR = 3.4; 95% CI 1.3-8.9), widowhood (PR = 1.8; 95% CI 1.2-1.9), not working (PR = 1.5; 95% CI 1.2-1.8), not sleeping well (PR = 1.5; 95% CI 2.6-6.0), presenting injury or illness in the last year (PR = 2.1; 95% CI 1.4-3.2), death of close relatives / friends (PR = 1.7; 95% CI 1.1- 2.5).

Conclusions: Depression is a highly prevalent mental disorder in older adults, which is associated with low education, widowhood, unemployment, sleep problems, being ill or the loss of a loved one. **Keywords:** depression, elderly, associated factors.

Translated by



Miriam Cajamarca Tenezaca



Carmen Muñoz Fernández



1. Introducción

La depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en las actividades y pérdida de energía al menos durante dos semanas (Organización Mundial de la Salud, 2017). Los ancianos con depresión presentan alteraciones en la alimentación o el sueño, sensación de inutilidad o pensamientos repetidos de muerte o intento de autolesión (Organización Mundial de la Salud, 2017). Los problemas psiquiátricos suelen ser el resultado de angustias sociales y ocupacionales (Marshall, 2020).

La depresión es uno de los problemas de salud mental de las personas mayores y aumenta el riesgo de suicidio (Calderón M., 2018a). En Ecuador la prevalencia fue de 39% según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) (INEC, 2009). La depresión en esta población tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros (Calderón M., 2018a).

Las personas mayores de sesenta años en los países en desarrollo se consideran ancianos (OMS, 2015) y también la población mundial está envejeciendo rápidamente; entre 2015 y 2050, se prevé que el número aumente de 900 millones a dos mil millones (Cheng & Siankam, 2009).

Los trastornos mentales entre los adultos mayores contribuyen al 6,8% de la discapacidad total y aproximadamente el 15% de ellos sufren principalmente depresión (Cheng & Siankam, 2009). Se estima que la carga de los trastornos depresivos entre los ancianos oscila entre el 10 y el 29%, dependiendo de las diferentes situaciones socioculturales (Organización Mundial de la Salud, 2017). Y se prevé que sea la primera causa de años vividos con discapacidad en 2020 (Mulat, Gutema, & Wassie, 2021).

El adulto mayor se enfrenta a muchos problemas que incluyen físicos, psicológicos, problemas nutricionales como anemia y desnutrición, socioeconómicos, abandono, entre otros (Pawar, Kale, Aswar, & Solanke, 2020). Estos problemas de salud conducen a diversas discapacidades y se encontró que alrededor de un tercio de los ancianos padecen enfermedades psiquiátricas y la depresión por sí sola representa más del 50% (UNFPA, 2012).

Existe una mayor carga de enfermedades que afectan a diferentes sistemas con el avance de la edad, además de que la pérdida económica, la dependencia de otros, la pérdida de la autoestima perpetúa los sufrimientos de la vejez (Muhammad & Meher, 2021). La depresión es uno de ellos que amplifica las discapacidades funcionales y se estima que 800.000 personas mueren por suicidio cada año, que es la peor complicación de esta enfermedad (Pawar et al., 2020).

En la mayoría de los países en desarrollo, los problemas de depresión se descuidan dentro de la política y la planificación de la atención de salud, y solo se asignan recursos limitados a los servicios de salud mental (Dasgupta et al., 2013; Mohebbi et al., 2019). Y está infradiagnosticado y no tratado en el ámbito de la atención primaria (Chauhan, Kokiwar, Shridevi, & Katkuri, 2017).

En Ecuador el estudio de la depresión ha sido abordado en varias poblaciones, en el caso del actual trabajo de investigación se espera documentar la frecuencia de esta patología en una localidad de la provincia del Cañar con el fin de reportar su comportamiento epidemiológico y aquellos factores que se han asociado a su presencia.

1.1 El problema de investigación

La depresión en el adulto mayor es una condición que aqueja a una importante proporción de la población, según la Organización Mundial de la Salud más de 20% de los adultos mayores sufren algún trastorno mental o neural, comúnmente demencia o depresión (Agüera-Ortiz et al., 2020; Almeida et al., 2015; Avasthi & Grover, 2018), la cual se encuentra determinada por diferentes factores y su frecuencia ha sido reflejada en distintas regiones, tal como lo reportado en el análisis de India donde se obtuvo que el 34,4% se encontraba afectado por la depresión en el año 2016 (Pilania et al., 2019), del mismo modo, en un registro realizado en Grecia se identificó que estas cifras fueron mayores con un 84,3% (Babatsikou et al., 2017), en México se identificó un estudio que reporta que este trastorno se presentó en el 29% de los adultos mayores evaluados (Rivera Navarro, Benito-León, & Pazzi Olazarán, 2015), así mismo, en Ecuador ha sido del 39% (Salud, Bienestar y envejecimiento, 2009).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su revisión de 2015 reveló que la población mundial ha crecido en aproximadamente mil millones de personas en los últimos 12 años, de los cuales el 9% vive en América Latina y El Caribe, aunado a que la esperanza de vida de la población se ha incrementado en el mundo y en esta área geográfica llega a los 75 años. El mismo estudio refiere que se estima que para el 2050 el número de personas mayores de 80 años se triplique y sea siete veces más en el 2100 (OMS, 2016). Estos cambios demográficos no son ajenos al Ecuador, cuya esperanza de vida se elevó de 68,3 en 1990 a 73, 8 en 2001, para ubicarse en 75 años en el 2015. Según el último censo de población, la expectativa de vida actualmente puede llegar a los 75,2 años, por sexo se traduciría en 72,3 años para los hombres y 78,2 años para las mujeres (Vera et al., 2018).

Tanto en Latinoamérica como en El Caribe hay una media del 57,7% de personas con edades entre los 65 y 69 años, así como un 51,8% de adultos mayores con 70 años y más que no gozan de una pensión proveniente de un sistema contributivo, estos índices son superiores para las mujeres,

por lo que la población anciana en general se ve en la necesidad de trabajar. Dicho esto, las tasas de ocupación para el sector de la tercera edad (60 años en adelante) llega al 35,4%, cifra que sigue en aumento para aquellos que ya han alcanzado la edad para jubilarse con un 39,3% para el conjunto entre 65 y 69 años, e igualmente para el grupo a partir de los 70 años (20,4%) (Cepal/OIT, 2018), particularmente, en el Ecuador se obtuvo que para 2009 el 57,1% de la población de adultos mayores no labora (Salud, Bienestar y envejecimiento, 2009).

De igual manera, es importante exponer que los adultos mayores sufren en muchos casos de soledad ya que sus familiares cercanos se van de casa al crecer, por lo cual se ha descrito que en países como Ecuador el 10,7% de los adultos mayores vive solo, así mismo el 37,9% de estos individuos refiere sentir que su vida se encuentra vacía. En lo que respecta a sus comorbilidades se presentan con mayor frecuencia la osteoporosis (19,5%), enfermedades cardíacas (13,3%) y la diabetes (13%) (Salud, Bienestar y envejecimiento, 2009), otro de los problemas que han surgido en esta población ha sido la frecuencia del suicidio exponiéndose que posterior a los 85 años esta tasa es 5 veces más alta que en la población general (Calderón M., 2018b).

Los adultos mayores que acuden al centro urbano de Biblián presentan durante la consulta además de su dolencia física o biológica, cuadros de tristeza, estado de ánimo irritable, dificultad de conciliar el sueño o exceso de sueño, tendencia al llanto, fragilidad, soledad, cansancio, falta de energía, sentimientos de inutilidad y culpa por lo que se percibe un cuadro compatible con la depresión, debido a un conjunto de factores socio-demográficos, psico-sociales y biológicos que al interactuar entre sí, y a medida que pasa el tiempo puede llegar a un cuadro depresivo mayor y/o intentos autolíticos. En el Cantón Biblián, según lo observado en los registros de atenciones de consulta externa de la unidad de salud existe una alta prevalencia e incidencia de depresión en los adultos mayores, presentándose en un 20,58% de la población asignada, por lo que se considera necesario realizar un estudio con este grupo de edad.

Por lo antes expuesto se justifica la realización de un análisis investigativo en el cual se pueda determinar la frecuencia de la depresión y los factores que se encuentra asociados a estos pacientes, las enfermedades mentales están dentro de las prioridades de investigación del Ecuador, en el área de salud mental y la línea de depresión con la sublínea de población vulnerable, de aquí nace la importancia de este estudio cuya finalidad es dar respuesta a dicha problemática (MSP, 2017).

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor del centro urbano Biblián 2020.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población adulta mayor del cantón Biblián centro urbano.
- Establecer la prevalencia de la depresión en los adultos mayores a través de la escala Yesavage.
- Relacionar las características sociodemográficas (edad, sexo, residencia, escolaridad, estado civil y ocupación) y psicosociales (vivencia solo, trabajo, calidad de sueño percibida, enfermedades o lesiones en el último año, muerte de familiar o amigos cercanos en el último año, separación matrimonial en el último año, crisis económica grave en el último año, familiares que lo hacen sentir querido, familiares o amigos que cuidan de la persona mayor y estructura familiar) con el nivel de depresión.

3. Marco teórico

3.1. Bases teóricas

Adulto mayor: se define en la literatura como aquel individuo que sobrepasa los 65 años, sin embargo, este punto de corte puede variar dependiendo de la referencia que se utilice para su definición, a pesar de ello este valor es el más usado (Orimo et al., 2006).

Se debe tener en cuenta que los adultos mayores tienen aportes importantes para la sociedad de diferentes formas, una es a través de la familia, otra en la comunidad local y en la sociedad en general, a pesar de ello las posibilidades que se tienen a esta edad dependen en gran manera de la salud que posee el individuo, por lo que si las personas en esta etapa de la vida conservan su salud probablemente no se sientan limitados en sus actividades, sin embargo, si tienen una capacidad física y mental alterada esto puede tener una consecuencia negativa tanto en el individuo, la familia y la sociedad (Domènech-Abella et al., 2017; Friedrich, 2017).

De igual manera, dentro del proceso de envejecimiento se producen diversos cambios en las dimensiones del individuo dentro de los que se encuentran los biológicos, psicológicos y sociales los cuales juegan un papel primordial en la conducta del adulto mayor, sobre la percepción de sí mismo, su manera de relacionarse y el llevar a cabo diferentes actividades, así mismo, se generan cambios en el organismo que los hacen propensos a sufrir enfermedades (Montenegro 2016).

Las proyecciones indican que dentro de 40 años E.E.U.U. tendrá una elevación drástica de personas que llegarán a la vejez, tanto así, que los ancianos rebasarán la cantidad de niños con edades por debajo de los 14 años para el 2050 siendo algo sin precedentes. En el caso de Canadá, se estima que para el 2030 la proporción de personas con más de 65 será de 1 a 4, en contraste al

último censo de 2013 donde este grupo representaba el 15,3%. Considerando todo esto, si bien los desarrollos a nivel científico han permitido que la esperanza de vida se incremente todavía se desconoce algún método que detenga los agentes que ocasionan el deterioro cognitivo, esta fase se ha posicionado como un motivo de mucha preocupación pues acarrea diversas repercusiones hacia la calidad de vida de la persona, como también a la independencia del individuo y este último es el principal miedo del adulto mayor (Dumas, 2017).

Como tal, el deterioro cognitivo se presenta como un inconveniente bastante regular en el adulto mayor que se vincula con su edad, esto se refleja con índices de recurrencia que van de 21,5 a 71,3 por 1.000 personas al año en personas mayores. Por otro lado, en lo que concierne al Defecto Cognitivo Leve (DCL) sus cifras oscilan entre un 3 y 42% en análisis poblacionales, mientras que en estudios clínicos estos números suben a 6 y 85%, además, la valoración conforme a la conversión de esta condición hacia la demencia es de cerca de un 10% anualmente, datos que luego de 6 años se acrecientan a un rango entre 80 y 90% (Eshkoor, Hamid, Mun, & Ng, 2015).

Adulto mayor y salud mental

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida del interés y disfrute de los aspectos positivos de la vida, así como cansancio o fatiga, los cuales empobrecen la calidad de vida y generan dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren. La prevalencia de la depresión en el adulto mayor es variable (Torres, Sepúlveda, Aguilar, & Pérez, 2015a).

Factores asociados

Dentro de los factores asociados a la depresión se han vinculado varios, se encuentran los psicosociales en los cuales se incluyen con quien vive el individuo, si trabaja o no, si duerme bien o no, el diagnóstico de enfermedades o lesiones en el último año, separación matrimonial, jubilación,

crisis económicas, sensación de sentirse querido por familiares o ser cuidado por ellos (Salazar et al., 2015a), en este reporte se describió que la depresión fue del 18,6% y se asoció de forma estadísticamente significativa a circunstancias vitales adversas como: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año.

En un reporte realizado en China se realizó un estudio transversal que incluyó a 411 pacientes hospitalizados consecutivamente de 60 años y más, la prevalencia de síntomas depresivos fue del 32,8%, se evidenciaron asociaciones significativas entre los síntomas depresivos y la edad avanzada, deterioro cognitivo (OR = 1,97, IC del 95%: 1,09-3,55), función familiar deficiente (OR = 2,01, IC del 95%: 1,10-3,66) y fragilidad (OR = 5,07, IC del 95%: 1,95-13,20), adicionalmente la sintomatología depresiva se relacionó con mayor frecuencia a estadios más largos en hospitalización (Zou et al., 2018).

Del mismo modo, en otro reporte realizado en China se evidenció que la viudez se asoció con síntomas depresivos, en comparación con estar casado o tener una pareja doméstica (razón de probabilidades ajustada (AOR = 1,70, IC del 95% = 1,01 a 2,86), del mismo modo, hubo relaciones dosis-respuesta entre mayores probabilidades de sintomatología depresiva y menor apoyo social, salud mental autopercebida, satisfacción con la vida y conducta de ejercicio ($p < 0,001$) (Sum, Tan, Hong, & Koh, 2019).

En Colombia se hizo un análisis el cual determinó la prevalencia y factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en el adulto mayor, encontrándose una frecuencia de 18,6% vinculada a acontecimientos vitales adversos como vivir solo, insomnio, tener enfermedades crónicas, crisis económicas y la muerte de un familiar o amigo cercano (Salazar et al., 2015a).

En este mismo orden de ideas, en Cuba se realizó un estudio para identificar los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, consiguiendo que el 86,98% tuvo una depresión establecida donde el componente psicológico más influyente fue el temor a la muerte con un 78,08% y en relación al elemento social, fue la falta de comunicación social (Torres et al., 2015a).

Mientras que en Perú se realizó un estudio el cual tuvo como objetivo describir los factores psicosociales que se encontraban asociados a la depresión en los adultos mayores, obtuvo que esta fue severa en el 45,8% de la población y en relación al factor psicológico más frecuente, resultó ser una autoestima media con el 61,1% (Montenegro 2016).

Así mismo, en un estudio en Ecuador el cual tuvo como objetivo establecer los factores asociados a la depresión en adultos mayores hospitalizados, se determinó que la frecuencia de este trastorno fue del 50%, de estos el 25% fue leve, 12,5% moderada y 12,5% grave, se encontró ligada a la pérdida de roles, falta de apoyo emocional, procesos de duelos no resueltos y el estado de dependencia (Silva & Vivar, 2015).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, analítico, en el cual se describió la frecuencia de la depresión y los factores asociados en el Centro Urbano del Cantón Biblián de la Provincia del Cañar.

4.2. Población de estudio

Se realizó un censo en el cual se determinó que el universo de la población de 65 años o más del Centro Urbano del Cantón Biblián fue de 390, a esta cifra se le realizó un cálculo muestral.

4.3. Descripción de la muestra

Se realizó el cálculo muestral para una población finita la cual fue de 390 adultos mayores, siguiendo la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N= Tamaño de la población

Z= Nivel de confianza

P= probabilidad de éxito o proporción esperada

q= Probabilidad de fracaso

d= Error máximo admisible en términos de proporción

El tamaño de la población fue de 390 adultos mayores, el nivel de confianza fue de 95%, la probabilidad de éxito o proporción esperada en este caso al desconocer en la localidad la frecuencia de depresión asociada a los factores psicosociales se dispuso al 50% para la proporción esperada y

50% para probabilidad de fracaso, el margen de error fue de 5%, posterior a la sustitución en la fórmula se obtuvo una muestra mínima de 194 personas.

4.4. Método de muestreo

El muestreo fue de tipo aleatorio en los siguientes pasos:

- Se seleccionaron 194 pacientes de forma aleatoria de la lista de 390 obtenidos mediante censo.
- Se realizó comunicación directa a los pacientes para establecer la fecha de visita domiciliaria en la cual se aplicó el formulario de recolección.
- Si un paciente decidió no participar del estudio, fue seleccionado de forma aleatoria un siguiente paciente en la lista de aleatorización.

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos de 65 años o más que fueron seleccionados a través de la aleatorización desde la hoja de registro del centro de salud.
- Pacientes que decidieron participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con discapacidad auditiva e intelectual con carnet de discapacidad.

4.6. Procedencia de los sujetos

Se tomaron en cuenta a los adultos mayores de 65 años del Centro Urbano del Cantón Biblián, mediante visitas domiciliarias.

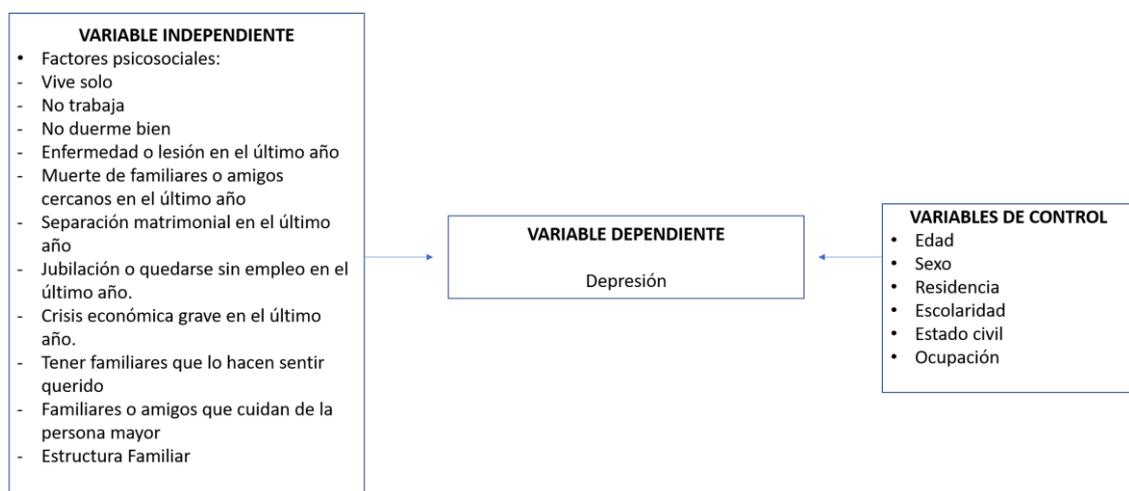
4.7. Métodos y técnicas de la recolección de los datos

La recolección de los datos se realizó a través de una visita domiciliaria y fue en este modelo de consulta el momento donde se le realizó la aplicación del formulario, el cual fue dispuesto de la siguiente manera:

- Características sociodemográficas: edad, sexo, residencia, estado civil, escolaridad, tipo de familia (Anexo número 2).
- Características psicosociales: factores de riesgo psicosociales a las cuales debieron responder si o no: vive solo, no trabaja, no duerme bien, enfermedad o lesión, muerte de familiares o amigos cercanos, separación matrimonial, jubilación o quedarse sin empleo, crisis económica grave en el último año, tener familiares que lo hacen sentir querido, familiares o amigos que cuidan de la persona mayor (**Salazar et al., 2015a**) (Anexo número 2).
- Evaluación de la depresión: se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage (15-GD) la cual consta de 15 ítems con un patrón de respuesta de si y no con una consistencia interna de 0,78, confiabilidad de constructo de 0,87 y estructura bidimensional (Gómez Angulo & Campo Arias, 2010) (Anexo número 3).

4.8. Variables

- Relación de variables:



4.9. Variables y métodos estadísticos

La información se analizó bajo un enfoque cuantitativo, así el programa usado fue el SPSS en su versión 21 y la presentación de la información por medio de tablas y gráficos estadísticos como se indican a continuación:

4.10. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
SEXO	Conjunto de peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Fenotípico por observación	Fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cualitativa nominal
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento	Sociodemográficas	Años cumplidos hasta la fecha actual	Años cumplidos	Cuantitativa
RESIDENCIA	Zona residencial en la cual habita el adulto mayor acorde a si esta es rural o urbana dependiendo de la distribución geográfica y de servicios.	Sociodemográficas	Lugar donde vive actualmente	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • urbana 	Cualitativa nominal
ESCOLARIDAD	Nivel educativo alcanzado por el adulto mayor	Formativa	nivel de educación	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Básica • Secundaria Incompleta • Secundaria completa • Superior 	Cualitativa ordinal
ESTADO CIVIL	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que	Civil	Cédula de identidad	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Unido • Viudo 	Cualitativa nominal

	establece ciertos derechos y deberes				
OCUPACION	Actividad remunerada o no que realiza el adulto mayor de forma rutinaria	Laboral	Referencia del entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Empleado • Trabaja por cuenta propia • Jubilado • Ama de casa • Agricultor 	Cualitativa nominal
Estructura familiar	La familia es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja.	Familiar	Tipo de familia	<ul style="list-style-type: none"> • Familia nuclear • Familia extensa • Familia monoparental • Sin familia 	Cualitativa nominal
Nivel de depresión	Nivel de depresión obtenido a través de la aplicación de la depresión geriátrica de Yesavage	Patológica	Cuestionario de Yesavage	<ul style="list-style-type: none"> • 0-5: Normal. • 6-9: Depresión leve. • >10: Depresión establecida. 	Cualitativa ordinal
Factores psicosociales					
Vive solo	Acompañamiento del adulto mayor por parte de otro familiar o amigo cercano	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal
Trabaja	Realización de actividades remuneradas o no por parte del adulto mayor	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal
Duerme bien	Percepción de calidad de sueño por parte del adulto mayor	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal
Enfermedad o lesión en el último año	Proceso patológico presentado por el adulto mayor en el último año	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal

Muerte de familiares o amigos cercanos en el último año	Vivencia de la muerte de familiares o amigos cercanos presentado por el adulto mayor en el último año	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal
Separación matrimonial en el último año	Acontecimiento en el cual el adulto mayor se separará de su pareja sentimental en el último año	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal
Jubilación o quedarse sin empleo en el último año	Jubilación del trabajo o pérdida de este por parte del adulto mayor	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal
Crisis económica grave en el último	Crisis económica que afecte de forma severa al adulto mayor	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal
Tiene familiares o amigos que lo hacen sentir querido	Presencia en la familiar o amigos de individuos que se encargan de hacer querido al adulto mayor	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal
Familiares o amigos que cuidan de la persona mayor	Presencia en la familiar o amigos de individuos que se encargan de cuidar al adulto mayor	Psicosocial	Cuestionario de factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Cualitativa nominal

Con respecto al análisis estadístico, las variables cuantitativas fueron expuestas en medias y desviación estándar, así mismo, con respecto a las cualitativas se expusieron como recuentos y porcentajes y se estudiaron con el Chi cuadrado, posteriormente para evitar variables de confusión se efectuó el cálculo de la razón de prevalencia y su intervalo de confianza al 95%, correspondiéndose un comportamiento estadísticamente significativo una p menor de 0,05.

4.11. Consideraciones éticas

Toda esta investigación se está realizando a personas de la tercera edad que son vulnerables, por lo tanto está por demás hablar de ética con ellos, pues todo se efectuó en un medio

de confidencialidad directamente con el paciente, así como también previo al estudio se les ha leído y hecho firmar un documento en el cual ellos tienen un específico conocimiento de lo que se iba a hacer y para qué sirve este estudio, tomando en consideración de que todo es para su bienestar y mejorar la salud no solamente física sino mental del paciente, para su participación se les dio el consentimiento informado y para participar debieron firmarlo (Anexo número 1).

4.12. Limitaciones, riesgos y posibles sesgos

- Desórdenes sociales / políticos nacionales.
- Falta de colaboración de la población de estudio.
- Huelga nacional del sector salud o del sector universitario.
- Crisis sanitaria.
- Calamidad doméstica de gravedad.
- Sesgos de información: se realizó una prueba piloto antes de llevar a cabo la encuesta, donde cada uno de los encuestadores fue entrenado y supervisado durante la toma de la información.

5. Resultados

5.1 Resultados de la investigación

Se analizaron a 194 pacientes que fueron seleccionados de forma aleatoria de una lista de 390 obtenida por censo. No hubo pérdidas tras la realización de la aleatorización de los sujetos y todos completaron la encuesta.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los adultos mayores del cantón Biblián Centro urbano.

	n	%
Sexo		
Masculino	59	30,4
Femenino	135	69,6
Nivel educativo		
Ninguna	60	30,9
Básica	98	50,5
Secundaria incompleta	25	12,9
Secundaria completa	9	4,6
Superior	2	1,0
Estado civil		
Soltero	25	12,9
Casado	109	56,2
Divorciado	18	9,3
Unido	2	1,0
Viudo	40	20,6
Total	194	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La edad promedio fue de 74,74 ($\pm 8,88$) años con un mínimo de 65 años y máximo de 97 años, siendo para los hombres de 76,78 ($\pm 9,38$) años, con un mínimo de 65 años y máximo de 97 años y las mujeres un promedio de 73,85 ($\pm 8,54$) años, con un mínimo de 65 años y máximo de 94 años. El nivel educativo entre ninguna y educación básica representó el 81,4%.

Tabla 2.

Características psicosociales y familiares de los adultos mayores del cantón Biblián Centro urbano.

	n	%
Tipo de familia		
Familia nuclear	77	39,7
Familia extensa	66	34,0
Familia monoparental	36	18,6
Sin familia	15	7,7
Vive solo		
Si	15	7,7
No	179	92,3
Trabaja		
Si	59	30,4
No	135	69,6
Duerme bien		
Si	95	49,0
No	99	51,0
Enfermedad o lesión (último año)		
Si	76	39,2
No	118	60,8
Muerte de familiares/amigos cercanos (último año)		
Si	69	35,6
No	125	64,4
Separación matrimonial		
Si	6	3,1
No	188	96,9
Jubilación/desempleo (último año)		
Si	4	2,1
No	190	97,9
Crisis económica		
Si	132	68,0
No	62	32,0
Familiares que le hacen sentir querido		
Si	191	98,5
No	3	1,5
Familiares/amigos que cuidan a persona mayor		
Si	173	89,2
No	21	10,8
Total	194	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La familia nuclear fue la más frecuente con el 39,7%. 15% de los sujetos vivieron solos, 3,1% tuvo separación matrimonial, 2,1% se jubiló durante el último año. Un porcentaje considerable trabaja (30,4%), en relación de no dependencia es decir se dedican a actividades como agricultura,

otros tienen un negocio propio. El 35,6% tuvo la muerte algún familiar o amigo cercano; 49,0% duerme bien; la mayoría presenta crisis económica con el 68,0. A la mayoría de los sujetos sus familiares le hacen sentir querido (98,5%) así como tienen familiares/amigos que cuidan de ellos (89,2%).

Tabla 3.

Prevalencia de depresión en los adultos mayores del cantón Biblián Centro urbano.

	n	%
Nivel de depresión		
Normal	8	4,1
Depresión leve	121	62,4
Depresión establecida	65	33,5
Total	194	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La prevalencia de depresión establecida fue del 33,5%.

Tabla 4.

Factores asociados a la depresión establecida en los adultos mayores del cantón Biblián Centro urbano.

		Depresión establecida				RP	IC95%		χ^2	<i>p</i> *
		Si		No			Inf	Sup		
		N	%	n	%					
Sexo	Masculino	20	33,9	39	66,1	1,017	0,662	1,561	0,006	0,939
	Femenino	45	33,3	90	66,7					
Escolaridad	Ninguna/Básica	61	38,6	97	61,4	3,475	1,351	8,936	8,160	0,008**
	Secundaria/superior	4	11,1	32	88,9					
Estado civil	Viudo	21	52,5	19	47,5	1,838	1,249	2,704	8,160	0,004
	Casado/Soltero/Divorciado/Unido	44	28,6	110	71,4					
Vive solo	Si	6	40,0	9	60,0	1,214	0,631	2,334	0,308	0,579
	No	59	33,0	120	67,0					
Trabaja	No	58	43,0	77	57,0	1,545	1,299	1,839	17,822	<0,001
	Si	7	11,9	52	88,1					
Duerme bien	No	47	47,5	52	52,5	1,543	1,250	1,906	17,708	<0,001
	Si	18	18,9	77	81,1					
Enfermedad o lesión (último año)	Si	38	50,0	38	50,0	2,185	1,464	3,261	15,259	<0,001
	No	27	22,9	91	77,1					
Muerte de familiares/amigos cercanos (último año)	Si	32	46,4	37	53,6	1,757	1,193	2,588	7,964	0,005
	No	33	26,4	92	73,6					
Separación matrimonial	Si	3	50,0	3	50,0	1,516	0,664	3,462	0,756	0,404**
	No	62	33,0	126	67,0					
Crisis económica	Si	47	35,6	85	64,4	1,226	0,781	1,927	0,818	0,366
	No	18	29,0	44	71,0					
Familiares que le hacen sentir querido	Si	65	34,0	126	60,0	1,021	0,204	5,120	0,001	0,999**
	No	1	33,3	2	66,6					
Familiares/amigos que cuidan a persona mayor	Si	59	34,1	114	65,9	1,023	0,729	1,435	0,005	0,944
	No	7	33,3	14	66,7					
Total		66	34,0	128	66,0					

* Prueba de chi cuadrado de Pearson. Asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

** Test de Fisher aplicado cuando casillas menores a 5 casos.

RP: Razón de Prevalencia. IC95: intervalo de confianza del 95%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Los factores asociados con la depresión en los adultos mayores fueron la escolaridad donde los niveles más bajos de escolaridad tuvieron mayor prevalencia de depresión, asimismo los sujetos viudos presentaron mayor frecuencia de depresión comparado con los casados/divorciados/solteros/unidos. De manera similar una significativa mayor prevalencia de depresión fue observada en los sujetos no trabajaban, con falta de buen sueño, padecer enfermedad

o la muerte de amigos o familiares cercanos, por lo que el papel social y de independencia funcional parece jugar un papel importante en el riesgo de depresión.

6. Discusión

6.1. Discusión de los resultados

La depresión es una enfermedad psiquiátrica que se caracteriza clínicamente por la presencia de síntomas cognitivos, volitivos, somáticos y afectivos, que afectan la calidad de vida e interfieren en el entorno social, laboral y familiar del individuo (Torres, Sepúlveda, Aguilar, & Pérez, 2015b). En países desarrollados, la depresión representa el trastorno mental más frecuente en los adultos mayores, siendo asociada a un incremento de enfermedades somáticas y a una peor evolución de las mismas, teniendo así un gran impacto negativo en la calidad de vida estos individuos (Zavala et al., 2011).

En el presente estudio se encontró que el sexo femenino, el grupo etario de 65 a 74 años, los analfabetas y educación básica, y los casados, fueron las características generales más prevalentes en la muestra. Por su parte, Molés-Julio y cols. (2019) llevaron a cabo un estudio donde incluyeron a individuos mayores de 75 años de edad, residentes de una zona urbana de España, reportando predominio de los individuos menores de 85 años de edad, del sexo femenino y de aquellos sin estudios, siendo estos dos últimos hallazgos similares a lo reportado en esta investigación (Molés Julio, Esteve Clavero, Lucas Miralles, & Folch Ayora, 2019). Así mismo, Martina y cols (2018) también condujeron un estudio que incluyó un grupo peruano de personas de la tercera edad, el cual estuvo conformado principalmente por mujeres, menores de 85 años de edad, individuos sin educación o que solo completaron la primaria y por casados (Martina, Ara, Gutiérrez, Nolberto, & Piscoya, 2018). Resultados similares fueron obtenidos por Segura y cols. (2015), quienes condujeron su estudio en una población colombiana, también reportando que las mujeres, los adultos mayores jóvenes, los casados, y los que no tenían escolaridad o solo primaria incompleta, fueron los individuos más frecuentes de su muestra (Segura Cardona, Cardona Arango, Segura Cardona, & Garzón Duque, 2015).

La prevalencia general de depresión en la tercera edad oscila entre el 12% y 14% a nivel mundial, mientras que la prevalencia de depresión mayor varía entre el 1 y 5% (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). En el presente estudio, la prevalencia de depresión establecida fue alrededor del 30%, mientras que el de depresión leve fue del 62%. Resultados similares fueron reportados en un estudio que incluyó sujetos mayores de 60 años de edad del Perú, donde se encontró que la frecuencia de depresión fue del 65%, siendo un 40% de grado leve y un 25% con depresión establecida (De La Cruz-Mitac et al., 2018). En contraste, en otro estudio se encontró una prevalencia de síntomas depresivos en una población adulta mayor colombiana del 38% (Paredes-Arturo & Aguirre-Acevedo, 2016), mientras que Salazar y cols. (2015) informaron cifras de 18%, de los cuales un 16% se encontraban estadio leve y moderado, mientras que un 2% eran severos (Salazar et al., 2015b). Por su parte, Castro y cols. (2006) encontraron una prevalencia de 41% de depresión en una muestra compuestas por una población mexicana de la tercera edad (Castro, Ramírez Zamora, Aguilar Morales, & Díaz de Anda, 2006). Debido a que todos los estudios anteriormente citados emplearon la escala de depresión geriátrica de Yesavage para la detección de depresión, y por tanto, tuvieron los mismos criterios clínicos y de diagnóstico, probablemente las diferencias entre las prevalencias descritas se deba a que algunas de las muestras fueron obtenidas a partir de poblaciones institucionalizadas mientras que otras fueron comunitarias, o bien, a que el rango de edades de los pacientes incluidos varió de estudio en estudio. No obstante, es importante resaltar que la variabilidad de estas prevalencias también pudiese ser un reflejo de las características propias que tiene cada población (socio-económicas, políticas, culturales, sanitarias, etc.) que pudiesen influir en la aparición de episodios depresivos.

En relación a las características familiares de los adultos mayores incluidos en este estudio, destaca el hecho de que la mayoría de los individuos cuentan con el cuidado y apoyo emocional de los familiares y/o amigos, que viven acompañados, mantienen una relación de pareja y que perdieron algún ser querido recientemente. En contraste, en el estudio de Salazar y cols. (2015), se reportó que solo el 17-18% de los sujetos contaban con el cuidado y apoyo emocional por parte de

la familia o amigos; además, también encontraron que menos de un cuarto de la muestra vivían solos, sufrieron una separación matrimonial o tuvieron pérdidas de seres queridos durante el último año (Salazar et al., 2015b).

Así mismo, entre las características psicosociales más frecuentes de los participantes en el presente estudio, se encuentra aquellos que no han perdido el empleo o no han salido jubilados durante el último año, los que refieren tener problemas del sueño y los que se encuentran en una situación económica crítica, factores que pudieran influir en la aparición y desarrollo de enfermedades mentales. Además, entre el 30 y 39% de los sujetos refirieron estar trabajando y presentar alguna lesión o enfermedad durante el último año. Por su parte, Salazar y cols. (2015) también reportaron que menos de un cuarto de la muestra no trabajaban, no dormían bien, quedaron desempleados y que entre el 26% y 28% de la muestra presentaron una enfermedad o lesión, o enfrentaban una crisis económica grave durante el último año, cifras que aún son inferiores a lo observado en nuestro estudio (Salazar et al., 2015b).

Ahora bien, al evaluar la relación entre las características sociodemográficas, económicas, familiares y psicosociales de los adultos mayores, en el presente reporte se encontró que la muerte de familiares/amigos cercanos, el presentar lesión o enfermedad en el último año, la edad de 85 años o más, tener un nivel de escolaridad de ninguna/básica, así como el ser viudo, el no trabajar y/o no dormir bien, se asociaron con un alto riesgo de ocurrencia de depresión establecida. Por su parte, Salazar y cols., encontraron que el vivir solo, el mal dormir, la enfermedad/lesión, la pérdida de seres queridos o las crisis económicas durante el último año, fueron factores de riesgo importantes para el desarrollo de depresión (Salazar et al., 2015b).

Entre tanto, Paredes y Aguirre reportaron que el ser viudo, la escolaridad baja y los bajos ingresos se asociaron significativamente con un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos (Paredes-Arturo & Aguirre-Acevedo, 2016). Asimismo, otros autores han reportado que factores como el estatus socioeconómico, la soledad, el sexo femenino, la baja escolaridad, la enfermedad y

la institucionalización, se han asociado a mayor riesgo de depresión (Alexandrino-Silva, Alves, Tófoli, Wang, & Andrade, 2011; Büchtemann, Luppá, Bramesfeld, & Riedel-Heller, 2012; Guerra et al., 2009; Polyakova et al., 2014).

En relación a lo anterior, estudios han reportado que el haber experimentado por lo menos un acontecimiento vital adverso durante el último año, se asocia a mayor riesgo de depresión, ya que estos eventos vulneran o promueven el detrimento de la estabilidad psíquica de los afectados, sobre todo en aquellos que carecen de herramientas de afrontamiento (Hardy, Concato, & Gill, 2002; Keller, Neale, & Kendler, 2007). Algunos autores han propuesto que la baja escolaridad se asocia a una mayor tendencia de depresión, debido a que estos individuos tienen menos herramientas cognitivas que les permitan un buen manejo del estrés, mientras que el insomnio es un factor de riesgo reconocido para la aparición de trastornos mentales (González-Celis Rangel & Araujo Viveros, 2010; Pigeon et al., 2008). Por su parte, la asociación entre la viudez o el no trabajar y depresión, podrían explicarse en el hecho de que estas condiciones predisponen a la soledad del adulto mayor, así como a su aislamiento social y a mayor dificultad en los procesos de adaptación (Park & Unützer, 2011; Rodríguez Martín, 2009).

Además, en el caso de los individuos que no trabajan y que tienen bajos o nulos ingresos monetarios durante la vejez, lo que implica que no cuentan con un sustento básico estable que les permita mantener una buena calidad de vida y disminuir su riesgo social, y por ende, también representan desencadenantes de episodios depresivos (Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008).

7. Conclusiones

- La prevalencia general de síntomas depresivos fue de 95,9%, siendo un 62,4% de los sujetos categorizados como depresión leve y el restante 33,5% fueron diagnosticados con depresión establecida.
- La edad de ≥ 85 años, tener un nivel de escolaridad de ninguna/básica, ser viudo, no trabajar, no dormir bien, presentar lesión o enfermedad en el último año, así como la muerte de familiares/amigos cercanos, fueron los factores sociodemográficos y psicosociales que se asociaron a mayor riesgo de ocurrencia de depresión establecida.

8. Recomendaciones

- Se recomienda a los médicos de atención primaria y a los cuidadores del adulto mayor institucionalizado, realizar el tamizaje de depresión en aquellos individuos que presenten factores de riesgo, de manera que pueda ser identificada y tratada oportunamente.
- Se recomienda promover la difusión de campañas informativas hacia la comunidad, que concienticen sobre la existencia de enfermedades psiquiátricas como la depresión o la ansiedad, y sobre la importancia del mantenimiento de una buena salud mental.
- Es recomendable el diseño de estudios prospectivos, más rigurosos, amplios y profundos, que incluyan información como los antecedentes personales/familiares del paciente, o sus comorbilidades, de forma que se puedan identificar otros factores de riesgo para depresión, además de los sociodemográficos y psicosociales ya señalados en este estudio.

9. Referencias bibliográficas

- Agüera-Ortiz, L., Claver-Martín, M. D., Franco-Fernández, M. D., López-Álvarez, J., Martín-Carrasco, M., Ramos-García, M. I., & Sánchez-Pérez, M. (2020). Depression in the Elderly. Consensus Statement of the Spanish Psychogeriatric Association. *Frontiers in Psychiatry, 11*.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00380>
- Alexandrino-Silva, C., Alves, T. F., Tófoli, L. F., Wang, Y.-P., & Andrade, L. H. (2011). Psychiatry: Life events and social support in late life depression. *Clinics (Sao Paulo, Brazil), 66*, 233-238.
- Almeida, O. P., Hankey, G. J., Yeap, B. B., Golledge, J., Norman, P. E., & Flicker, L. (2015). Depression, Frailty, and All-Cause Mortality: A Cohort Study of Men Older than 75 Years. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*, 296-300.
- Avasthi, A., & Grover, S. (2018). Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian Journal of Psychiatry, 60*, S341-S362.
- Babatsikou, F., Konsolaki, E., Notara, V., Kouri, M., Zyga, S., & Koutis, C. (2017). Depression in the Elderly: A Descriptive Study of Urban and Semi-Urban Greek Population. *International Journal of Caring Sciences, 10*, 10.
- Büchtemann, D., Luppá, M., Bramesfeld, A., & Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of late-life depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 142*, 172-179.
- Calderón M., D. (2018a). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana, 29*, 182.
- Calderón M., D. (2018b). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana, 29*, 182.
- Castro, M., Ramírez Zamora, S. R., Aguilar Morales, L. V. A., & Díaz de Anda, V. M. D. de. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, 39*, 132-137.

- Cepal/OIT. (2018). *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe Mayo de 2018 Número 18 La inserción laboral de las personas mayores: Necesidades y opciones.*
- Chauhan, P., Kokiwar, P. R., Shridevi, K., & Katkuri, S. (2017). A study on prevalence and correlates of depression among elderly population of rural South India. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 3, 236-239.
- Cheng, S.-T., & Siankam, B. (2009). The impacts of the HIV/AIDS pandemic and socioeconomic development on the living arrangements of older persons in sub-Saharan Africa: A country-level analysis. *American Journal of Community Psychology*, 44, 136-147.
- Dasgupta, A., Ray, D., Roy, S., Sarkar, T., Ghosal, A., Das, A., & Pal, J. (2013). Depression among the Geriatric Population is a Matter of Concern: A Community Based Study in a Rural Area of West Bengal. *Nepal Journal of Epidemiology*, 3, 282-287.
- De La Cruz-Mitac, C. Y. C., Quispe-Illanzo, M. P., Oyola-García, A. E., Portugal-Medrano, M. Á., Lizarzaburu-Córdova, E. E., Rodríguez-Chacaltana, F. W., & Mejía-Vargas, E. (2018). Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú*. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*, 10, 205-211.
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., ... Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: The role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 381-390.
- Dumas, J. A. (2017). Strategies for Preventing Cognitive Decline in Healthy Older Adults. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62, 754-760.
- Eshkoor, S. A., Hamid, T. A., Mun, C. Y., & Ng, C. K. (2015). Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 687-693.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Friedrich, M. J. (2017). Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. *JAMA*, 317, 1517-1517.

- Gómez Angulo, C. B., & Campo Arias, A. (2010). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica, 10*, 735-743.
- González-Celis Rangel, A. L., & Araujo Viveros, A. V. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Rev. Kairós, 13*, 167-190.
- Guerra, M., Ferri, C. P., Sosa, A. L., Salas, A., Gaona, C., Gonzales, V., ... Prince, M. (2009). Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: The 10/66 population-based study. *British Journal of Psychiatry, 195*, 510-515.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2002). Stressful life events among community-living older persons. *Journal of General Internal Medicine, 17*, 832-838.
- INEC. (2009). *Salud, Bienestar y envejecimiento*.
- Keller, M. C., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2007). Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 1521-1529; quiz 1622.
- Marshall, M. (2020). The hidden links between mental disorders. *Nature, 581*, 19-21.
- Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscoya, J. (2018). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina, 78*, 393.
- Mohebby, M., Agustini, B., Woods, R. L., McNeil, J. J., Nelson, M. R., Shah, R. C., ... ASPREE Investigator Group. (2019). Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 34*, 1208-1216.
- Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., & Folch Ayora, A. (2019). Factors associated with depression in older adults over the age of 75 living in an urban area. *Enfermería Global, 18*, 58-82.

- Montenegro, V., & Yessica, S. (2016). *FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO LOS CORONADOS MOCHUMÍ – LAMBAYEQUE - 2016*. (Tesis de grado). Universidad Señor de Sipán, Pimentel.
- MSP. (2017). *Prioridades de investigación en salud, 2013-2017*. 38.
- Muhammad, T., & Meher, T. (2021). Association of late-life depression with cognitive impairment: Evidence from a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Geriatrics, 21*, 364.
- Mulat, N., Gutema, H., & Wassie, G. T. (2021). Prevalence of depression and associated factors among elderly people in Womberma District, north-west, Ethiopia. *BMC Psychiatry, 21*, 136.
- OMS. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- OMS. (2016). La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. Recuperado 17 de noviembre de 2020, de <https://www.who.int/es/news/item/19-05-2016-life-expectancy-increased-by-5-years-since-2000-but-health-inequalities-persist>
- Organizacion Mundial de la Sal. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatrics and Gerontology International, 6*. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x>
- Paredes-Arturo, Y. V., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2016). Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencia, 17*, 26-38.
- Park, M., & Unützer, J. (2011). Geriatric depression in primary care. *The Psychiatric Clinics of North America, 34*, 469-487.
- Pawar, R. D., Kale, K. M., Aswar, N. R., & Solanke, S. (2020). A cross sectional study on prevalence of depression and its socio-demographic correlates among elderly in rural India. *Indian Journal of Forensic and Community Medicine, 5*, 210-214.

- Pigeon, W. R., Hegel, M., Unützer, J., Fan, M.-Y., Sateia, M. J., Lyness, J. M., ... Perlis, M. L. (2008). Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep, 31*, 481-488.
- Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M., Behera, P., Gupta, S. D., Khurana, H., ... Poongothai, S. (2019). Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 19*, 832.
- Polyakova, M., Sonnabend, N., Sander, C., Mergl, R., Schroeter, M. L., Schroeder, J., & Schönknecht, P. (2014). Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 152-154*, 28-38.
- Rivera Navarro, J., Benito-León, J., & Pazzi Olazarán, K. A. (2015). La depresión en la vejez: Un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy, 71*, 103.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos, 20*, 159-166.
- Salazar, A. M., Plata, S. J., Reyes, M. F., Gómez, P., Pardo, D., Rios, J., ... Pedraza, O. L. (2015a). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana, 31*, 176-183.
- Salazar, A. M., Plata, S. J., Reyes, M. F., Gómez, P., Pardo, D., Rios, J., ... Pedraza, O. L. (2015b). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana, 31*, 176-183.
- Salud, Bienestar y envejecimiento. (2009). *Estadísticas Adulto Mayor*.
- Segura Cardona, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, Á., & Garzón Duque, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública, 17*, 184-194.
- Silva, M., & Vivar, V. (2015). *Trabajo de titulación previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica*. UNIVERSIDAD DE CUENCA, Cuenca-Ecuador.

- Sum, G., Tan, Y. R., Hong, S.-I., & Koh, G. C.-H. (2019). Psychosocial and physical factors associated with depression in older adults living in studio apartments: A cross-sectional study of a multi-ethnic Asian population. *Proceedings of Singapore Healthcare, 28*, 243-251.
- Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., Aguilar, J. L. V., & Pérez, R. H. (2015a). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay, 21*, 65-74.
- Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., Aguilar, J. L. V., & Pérez, R. H. (2015b). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay, 21*, 65-74.
- UNFPA. (2012). *Report on the Status of Elderly in Select States of India, 2011*.
- Vera, F., Solórzano, M., Ochoa, G., García Bustos, S., Cevallos, S., Vera, F., ... Cevallos, S. (2018). Tablas de mortalidad de Ecuador continental mediante un análisis de supervivencia. *Papeles de población, 24*, 63-83.
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders, 106*, 29-44.
- Zavala, G. L., Núñez, R. C., Chavarría, R. S., Ochoa, L. F., Suazo, N. R., Morales, R. A., & Espinoza, M. G. (2011). DEPRESIÓN EN ADULTOS DE 60 A 75 AÑOS EN SAN LORENZO, VALLE, MARZO 201. *Rev Fac Cienc Méd., 8*, 9-22.
- Zou, C., Chen, S., Shen, J., Zheng, X., Wang, L., Guan, L., ... Yang, Y. (2018, septiembre 13). Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital.

10. Anexos

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

ANEXOS**Anexo 1. Consentimiento informado**

Yo, _____, certifico que he leído (o me han leído) el documento denominado “Consentimiento informado” que forma parte de un Proyecto de investigación sobre la depresión y su relación con los factores de riesgo psicosociales del adulto mayor del centro de salud urbano Biblián. Están claros los beneficios, limitaciones y riesgos que tienen los participantes y, entiendo que mi participación es voluntaria y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Además, he sido informado (a) sobre la confidencialidad de la información y de los resultados Biblián, 05/ septiembre/2020

Nombre _____

CC _____

Firma _____

Firma del investigador que recibe el consentimiento

Anexo 2. Formulario de recolección de datos.



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

ANEXOS

El presente estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de depresión y los factores asociados, por lo cual se le invita a seleccionar con un círculo las preguntas que se relacionen con usted, según sus características y vivencias:

1. Sexo

- Masculino
- Femenino

2. Edad:

3. Residencia:

- Rural
- Urbana

4. Escolaridad:

- Ninguna
- Básica
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior

5. Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Divorciado

- Unido
- Viudo

6. Ocupación:

- Ninguna
- Empleado
- Trabaja por cuenta propia
- Jubilado
- Ama de casa
- Agricultor

7. Familia:

- Familiar nuclear
- Familia extensa
- Familia monoparental
- Sin familia

FACTORES PSICOSOCIALES:**Vive solo:**

- Sí
- No

Trabaja

- Sí
- No

Duerme bien

- Sí
- No

Enfermedad o lesión en el último año

- Sí
- No

Muerte de familiares o amigos cercanos en el último año

- Sí
- No

Separación matrimonial, último año

- Sí
- No

Jubilación o quedarse sin empleo en el último año.

- Sí
- No

Crisis económica grave en el último año.

- Sí
- No

Tiene familiares o amigos que lo hacen sentir querido

- Sí
- No

Familiares o amigos que cuidan de la persona mayor.

- Sí
- No

Anexo 3. Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las últimas semanas

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage	
Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

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:

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve.

>10: Depresión establecida.