

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y FACTORES ASOCIADOS”

**Estudio descriptivo realizado en los Centros de Atención
del Programa Mis Años Dorados, Área de Salud de Zacapa**

marzo-abril 2016

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Varinia del Pilar De Dios Sandoval
Moisés Barrientos Rivera
Rolando Antonio Palacios Ríos
Karen Elizabeth Holtmann Castañeda**

Médico y Cirujano

Guatemala, mayo de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Varinia del Pilar De Dios Sandoval	201010057
Moisés Barrientos Rivera	201010419
Rolando Antonio Palacios Ríos	201010421
Karen Elizabeth Holtmann Castañeda	201010433

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y FACTORES ASOCIADOS”

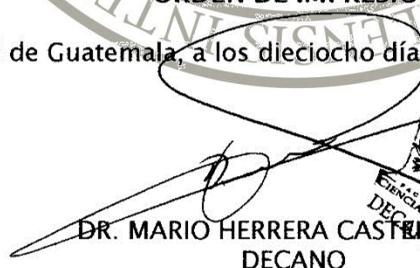
Estudio descriptivo realizado en los Centros de Atención del Programa Mis Años Dorados, Área de Salud de Zacapa

marzo-abril 2016

Trabajo asesorado por la Licda. Ana Virginia Morales Castillo y revisado por la Dra. Ana Eugenia Palencia Alvarado, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los dieciocho días de mayo del dos mil dieciséis



DR. MARIO HERRERA CASTAÑEDA
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Varinia del Pilar De Dios Sandoval	201010057
Moisés Barrientos Rivera	201010419
Rolando Antonio Palacios Ríos	201010421
Karen Elizabeth Holtmann Castañeda	201010433

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y FACTORES ASOCIADOS”

Estudio descriptivo realizado en los Centros de Atención del Programa Mis Años Dorados, Área de Salud de Zacapa

marzo-abril 2016

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala dieciocho de mayo del dos mil dieciséis.

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5.950

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. C César Oswaldo García García
Coordinador

 **USAC**
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 18 de mayo del 2016

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que:

Varinia del Pilar De Dios Sandoval
Moisés Barrientos Rivera
Rolando Antonio Palacios Ríos
Karen Elizabeth Holtmann Castañeda



Presentamos el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y FACTORES ASOCIADOS”

Estudio descriptivo realizado en los Centros de Atención
del Programa Mis Años Dorados, Área de Salud de Zacapa

marzo-abril 2016

Del cual como asesora y revisora nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de
la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesora

Licda. Ana Virginia Morales Castillo
Firma y sello

Licenciada
Ana Virginia Morales Castillo
Psicóloga Clínica
Colegiada No. 2907



Revisora

Dra. Ana Eugenia Palencia Alvarado
Firma, sello y registro de personal

Dra. Ana Eugenia Palencia
Médico y Cirujano
Colegiado No. 5981
20090392

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de trabajos de graduación, de la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio y otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

DEDICATORIA

A DIOS

Por ser la luz que ha guiado nuestro camino y por permitirnos culminar ésta etapa de nuestras vidas.

A NUESTROS PADRES

Por ser nuestro apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Dra. Ana Eugenia Palencia Alvarado

Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos

Licda. Ana Virginia Morales Castillo

Por su asesoría, orientación y colaboración durante el proceso de elaboración del presente trabajo de investigación.

Licda. Celia Barillas

Por ser el enlace con los Centros de Atención del Programa Mis Años Dorados y su colaboración para la realización del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en los adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados en el Área de Salud de Zacapa, durante marzo y abril de 2016. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal. Participaron 132 adultos mayores. Se aplicó una entrevista con cuestionario estructurado, la cual consta de 13 preguntas para recopilar información relacionada con los factores sociodemográficos, económicos y biológicos, además de las 15 preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se realizaron análisis univariados y bivariados; se construyó un modelo de regresión logística para evaluar la asociación entre la depresión y las variables independientes y se calculó OR e IC de 95%. **RESULTADOS:** La prevalencia de depresión fue de 54,5%. Solamente se estableció fuerza de asociación estadísticamente significativa con el analfabetismo (OR=2.8329 e IC 95% 1.1670 – 6.8769 y $p=0.0214$). Las variables sexo, composición familiar, tabaquismo, dependencia económica, ingreso económico y enfermedad crónica también mostraron un OR > 1 sin embargo no se estableció asociación estadísticamente significativa. **CONCLUSIONES:** Más de la mitad de la población estudiada padece depresión, siendo doble el riesgo para quienes son analfabetas; no se encontró asociación con los factores económicos ni biológicos estudiados.

PALABRAS CLAVE: Depresión, adulto mayor, factores de riesgo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	01
2. OBJETIVOS	03
3. MARCO TEÓRICO	05
3.1. Depresión	05
3.1.1. Definición	05
3.1.2. Epidemiología	05
3.1.3. Etiología	06
3.1.3.1. Factores genéticos	06
3.1.3.2. Factores biológicos	06
3.1.3.3. Factores psicosociales	07
3.1.4. Envejecimiento	08
3.1.5. Adulto mayor	09
3.1.6. Depresión en el adulto mayor	09
3.1.6.1. Envejecimiento y depresión	09
3.1.6.2. Factores que predisponen a la depresión en el anciano	10
3.1.6.3. Signos y síntomas	11
3.1.6.4. Diferencias en la presentación de depresión en el anciano en comparación con la población joven	14
3.1.6.5. Evaluación diagnóstica	14
3.2. Antecedentes	18
3.3. Mis Años Dorados	20
3.3.1. Cobertura	20
3.3.2. Beneficiarios	21
3.3.3. Beneficios otorgados	22
3.3.3.1. Alimentación	22
3.3.3.2. Atención integral	22
3.3.3.3. Cierre de brecha generacional	22
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	25
4.1. Tipo y diseño de la investigación	25
4.2. Unidad de análisis	25
4.2.1. Unidad primario de muestreo	25
4.2.2. Unidad de análisis	25
4.2.3. Unidad de información	25

4.3. Población y muestra	25
4.3.1. Población o universo	25
4.4. Selección de los sujetos de estudio	25
4.4.1. Criterios de inclusión	25
4.4.2. Criterios de exclusión	25
4.5. Definición y medición de las variables	27
4.6. Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	31
4.6.1. Técnica de recolección de datos	31
4.6.2. Procesos	31
4.6.3. Instrumento de medición	33
4.7. Procesamiento y análisis de datos	33
4.7.1. Procesamiento	33
4.7.1.1. Preparación de la información	33
4.7.1.2. Almacenamiento electrónico de la información	34
4.7.1.3. Diseño y construcción de la base de datos	35
4.7.1.4. Captura de la información	36
4.7.1.5. Elaboración de tablas vacías	37
4.7.2. Análisis	37
4.7.2.1. Análisis estadístico	37
4.7.3. Hipótesis	38
4.8. Límites de la investigación	38
4.8.1. Obstáculos	38
4.8.2. Alcances	38
4.9. Aspectos éticos de la investigación	39
4.9.1. Consentimiento informado	39
5. RESULTADOS	41
6. DISCUSIÓN	45
7. CONCLUSIONES	49
8. RECOMENDACIONES	51
9. APORTES	53
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
11. ANEXOS	61

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando notablemente en todas las poblaciones del mundo, esperándose que entre los años 2000 y 2050 la población mundial mayor de 60 años se triplique, dándose la mayor parte de ese aumento en los países menos desarrollados. Es en éstos países donde es más elevada la carga de morbilidad para los adultos mayores, resaltando dentro de las causas de discapacidad los trastornos depresivos, cuya prevalencia aumenta en los más frágiles y vulnerables de dicha población, especialmente los que viven en centros de atención a largo plazo, impactando considerablemente en su calidad de vida.¹

Un estudio realizado en la Ciudad de Barranquilla, Colombia durante el año 2013, por Borda, Anaya, Pertuz et al, evidenció una prevalencia de depresión del 36.4% predominando la leve con un 24.2%, destacando dentro de los factores de riesgo: nivel educativo primaria incompleta y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos. Presentaron fuerza de asociación significativa el sexo masculino y ser soltero.²

En Honduras un estudio realizado en San Lorenzo, Valle, durante el mes de marzo del 2011, por Zavala, Nuñez, Chavarria, et al., evidenció una prevalencia de depresión en la población sujeto de estudio del 52.5%; diferenciando entre la establecida y la leve, siendo mayor la primera con 27.7% y 24.8% respectivamente. Dicho padecimiento fue mayor en el sexo femenino con 68% de los casos, estando presente en todos los rangos de edad y siendo el ingreso económico mensual menor a \$ 105.00 en el 77% de los casos.³

El presente estudio descriptivo transversal planteó como objetivo general determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en los adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados que asisten a los centros de atención ubicados en los municipios de Estanzuela, Cabañas, San Diego y Teculután del departamento de Zacapa, Guatemala durante marzo y abril de 2016.

Se aplicó, a 132 sujetos de estudio, una entrevista con cuestionario estructurado la cual constó de 13 preguntas para recopilar información relacionada con los factores

sociodemográficos, económicos y biológicos, además de las 15 preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Mediante dicha escala se estableció el diagnóstico del evento de interés para luego definir la asociación de ésta con las 13 variables independientes estudiadas. Se construyó un modelo de regresión logística con el método “hacia atrás” de selección automática y se seleccionó el de mayor capacidad explicativa. Dicho modelo se interpretó mediante los OR para así identificar las variables que tuvieron un efecto positivo y estadísticamente significativo sobre la probabilidad de ocurrencia de depresión en los adultos mayores estudiados.

2. OBJETIVOS

2.1 General

- Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en los adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados en el Área de Salud de Zacapa, Guatemala marzo y abril de 2016.

2.2 Específicos

- 2.2.1 Medir la prevalencia de depresión en los adultos mayores estudiados.
- 2.2.2 Calcular la asociación entre depresión y factores sociodemográficos(edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, consumo de alcohol y tabaquismo) en la población a estudio.
- 2.2.3 Calcular la asociación entre depresión y factores económicos(dependencia económica e ingreso económico) en los sujetos a estudio.
- 2.2.4 Calcular la asociación entre depresión y factores biológicos(antecedente familiar de depresión, antecedente personal de depresión, enfermedades crónicas) en los adultos mayores estudiados.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Depresión

3.1.1 Definición

La depresión es un trastorno del estado del ánimo el cual se caracteriza por pérdida de interés o placer, presencia de tristeza, sentimientos de culpa o impotencia, falta de autoestima, irritabilidad, inquietud, trastorno del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.⁴

3.1.2 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es un trastorno mental frecuente que se calcula afecta a 350 millones de personas en el mundo, siendo esta la principal causa mundial de discapacidad la cual contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad. Este trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres. También se ha reportado un incremento en la incidencia de la depresión en los últimos 70 años. A nivel mundial las tasas de depresión en adultos son relativamente similares a las registradas en Estados Unidos, donde se registra una prevalencia del 20% en mujeres y un 12% en hombres.⁵

En el 2010 el Centro el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) reporto que de 235,067 adultos, el 9% cumplían criterios de depresión, incluyendo un 3.4% que cumplían criterios de depresión mayor.⁶ Sin embargo en el adulto mayor las tasas a nivel mundial son bastante consistentes, Inglaterra registra una tasa de incidencia de 2.9%, Holanda 2%, Suecia 5.6% y Nigeria 1.6% y México 2%.^{7,8}

Se ha establecido que hay poca diferencia de prevalencias entre distintas razas o etnias, aunque un estudio evidenció que los síntomas depresivos son más comunes en mujeres hispánicas que mujeres blancas no hispánicas.⁹ También se ha establecido que las personas que no mantienen una relación íntima con otras personas tienen mayor riesgo de desarrollar depresión. Se estima que 1 de cada 45 va a padecer depresión en algún momento de su vida. Adicionalmente se estima que cerca del 15% de las personas que sufren de depresión severa cometerán suicidio.¹⁰

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, Guatemala 2009, existe una prevalencia del 27,8% de trastornos de salud mental en la población guatemalteca. Los trastornos del humor representan el 8% de los casos y son el segundo lugar a nivel nacional de causa de trastornos de salud mental. Cabe mencionar que los trastornos depresivos son la principal causa de los trastornos del humor, representando un 6.4% del 8% de los casos totales de trastornos del humor. Según los grupos etarios, los adultos entre los 51 y 65 años de edad poseen la segunda prevalencia más alta de los trastornos del humor. Otros datos más preocupantes revelan que la mayoría de personas con trastornos de salud mental decidieron consultar a un guía religioso y no a un psiquiatra, solamente un 2.3% de la población guatemalteca ha consultado alguna vez por un trastorno de salud mental a un profesional de salud.¹¹

3.1.3 Etiología

No existe una causa única para esta enfermedad. Esta es la combinación de factores genéticos, biológicos y psicológicos.

3.1.3.1 Factores genéticos

Múltiples estudios han sugerido que la depresión es un trastorno heredable aunque todavía no se conocen los genes que codifican el riesgo.¹² Según estudios familiares, se tiene un riesgo entre 10% y 25% de tener un trastorno del estado del ánimo cuando uno de los padres lo ha tenido. El riesgo se duplica cuando ambos padres están afectados.¹³

3.1.3.2 Factores biológicos

- Teoría Monoaminérgica

De las aminas biógenas la noradrenalina y serotonina son las más implicadas en la etiología de la depresión. Esta teoría se desarrolla en los años 50 donde se observó que la Reserpina, fármaco para hipertensión arterial de esa época, producía síntomas depresivos. Este efecto se asoció a una disminución de la serotonina, noradrenalina y dopamina en el cerebro. Esta asociación se comprobó posteriormente con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), ya que son antidepresivos eficaces. Se observó que pacientes con tuberculosis tratados con isoniazida (IMAO) y que además presentaban depresión, mejoraron su estado de ánimo. Los Inhibidores de la monoaminoxidasa aumentan la concentración de serotonina y noradrenalina en el cerebro al inhibir dicha enzima la cual es la encargada de la degradación de los

neurotransmisores. Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han tenido gran éxito en el tratamiento de la depresión por lo que la serotonina es una de las aminas se ha asociado con mayor frecuencia a la depresión. La dopamina también se ha propuesto como causa de depresión ya que esta se encuentra disminuida en la depresión y aumentada en episodios de manía. El uso de estos medicamentos sigue apoyando esta teoría actualmente. ¹⁴

- Cambios Endócrinos

- Alteración eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS)

Se evidencia una elevada actividad del eje HHS por hipercortisolemia. Esto se detecta en el 20-40% de los pacientes ambulatorios con depresión y en el 40-60% de pacientes ingresados con depresión. ¹³ Existe aumento del factor liberador de la corticotrofina en plasma y en líquido cefalorraquídeo, curva plana de producción de hormona adrenocorticotropica (ACTH) al estimular con factor liberador de la corticotrofina, aumento del cortisol, y no respuesta al test de la supresión del cortisol con la dexametasona. ¹⁵

- Actividad del eje tiroideo

De los pacientes con depresión se detectan un 5-10% con disfunción tiroidea no detectada previamente. Aumento de la hormona liberadora de la tirotrófina (TRH) en LCR, respuesta aplanada de la liberación de TSH al estímulo con TRH. ¹⁵

- Neuroimágenes

Algunos estudios han demostrado disminución del volumen del hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría normal de las amígdalas, disminución del volumen de los ganglios basales y disminución del volumen de la corteza prefrontal. ¹⁶

3.1.3.3 Factores psicosociales

El estrés que provoca el primer episodio depresivo provoca cambios en la biología cerebral pudiendo alterar neurotransmisores y sistemas de señalización intraneuronal, cambios que pueden incluso provocar pérdida de neuronas. En consecuencia, las personas tienen un riesgo elevado de presentar depresión.

El factor estresante que se asocia con mayor frecuencia con el inicio de un episodio de depresión es la pérdida del cónyuge, seguido por la pérdida de empleo.¹³

3.1.4 Envejecimiento

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte.¹

Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona.¹

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas. Las metas, las prioridades motivacionales y preferencias también parecen cambiar, hay quienes plantean que la vejez incluso puede estimular el cambio de perspectivas materialistas por perspectivas más trascendentes. Aunque quizá algunos de estos cambios sean el resultado de la adaptación a la pérdida, otros reflejan el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada que puede estar asociado con “la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales interrelacionados”. Los cambios psicosociales explican en buena medida por qué, en muchos entornos, la vejez puede ser un período de bienestar subjetivo elevado.¹

3.1.5 Adulto mayor

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

- Tercera edad de 60 – 74 años
- Cuarta edad de 75 – 89 años
- Longevos de 90 – 99 años
- Centenarios de más de 100 años ¹⁷

3.1.6 Depresión en el adulto mayor

3.1.6.1 Envejecimiento y depresión

Los signos y síntomas de la depresión son usuales en la población geriátrica. La prevalencia de depresión mayor entre ancianos que viven en la comunidad es del 1 al 2 por ciento, en tanto que otro 2 por ciento padece distimia. La frecuencia de depresión subsindrómica (es decir, síntomas de depresión que no satisfacen los criterios estándar de depresión) se aproxima al 25 por ciento. La incidencia de estas alteraciones es aún mayor entre los ancianos que se encuentran en hospitales y asilos de cuidad agudo. Se observa depresión mayor hasta en el 22 por ciento y otros síndromes depresivos en hasta el 28 por ciento de los pacientes de edad avanzada hospitalizados por causas agudas. Entre los ancianos internados en una institución, se ha identificado depresión mayor cerca del 15 por ciento de ellos, mientras que en otro 15 a 20 por ciento se observan síntomas depresivos; lo índices de estos trastornos en asilos se encuentran en rangos parecidos. La depresión se relaciona de manera estrecha con la mortalidad entre la población de asilos. Resulta inquietante que el suicidio sea común en la población geriátrica, y su índice continúa en aumento. Los varones de raza blanca de este grupo de edad tienen el mayor índice de suicidio, hasta seis veces superior al de la población general. ¹⁸

Existen varios factores biológicos, físicos, psicológicos y sociológicos que predisponen al anciano a la depresión. Los cambios por envejecimiento en el sistema nervioso central, como el aumento en la actividad de la monoaminoxidasa y disminución en las concentraciones de neurotransmisores (en especial los catecolaminérgicos), pueden intervenir en cierto grado en el desarrollo de la depresión en el anciano. Las investigaciones actuales se

concentran en los efectos del sistema nervioso central de las citosinas (sobre todo la interleucina 1b), la producción de cortisol, la inflamación y otras respuestas inmunitarias, además de la función que desempeñan estos efectos en el origen de la depresión en ancianos con trastornos médicos.¹⁸

La frecuencia de diversas enfermedades específicas relacionadas con síntomas depresivos, la prevalencia de enfermedades crónicas y la incidencia de uso de medicamentos aumenta con la edad. Cada uno de dichos factores puede predisponer al paciente anciano a la depresión. La vasculopatía en particular tal vez desempeñe un papel importante en la depresión geriátrica. Por lo general, los ancianos deprimidos tienen trastornos vasculares comórbidos acompañados de lesiones en los ganglios basales y las regiones prefrontales del cerebro. Estos pacientes suelen mostrar retraso motriz, falta de discernimiento y alteración del funcionamiento ejecutivo.¹⁸

Existen otros factores psicosociales que predisponen a los ancianos a la depresión. Las pérdidas son frecuentes en la población de esta edad. Las pérdidas de índole físico se traducen en un decremento en las capacidades de cuidado personal, lo que muchas veces conduce a una pérdida de la independencia. Las discapacidades sensoriales importantes (en particular visuales y auditivas) pueden ocasionar aislamiento y privación sensorial. Es posible que ambas participen en el desarrollo de la depresión. La pérdida de la memoria y de otras funciones intelectuales (demencia) a menudo se relaciona con depresión. Por otra parte, la pérdida de empleo, ingresos y apoyos sociales (sobre todo la muerte de familiares y amigos) aumenta con la edad y en ocasiones predispone a los individuos de edad avanzada a duelo y depresión franca.¹⁸

3.1.6.2 Factores que predisponen a la depresión en el anciano

- Biológicos:
 - Antecedentes familiares (predisposición genética)
 - Episodios depresivos previos
 - Cambios en la neurotransmisión por el envejecimiento
 - Efecto de las citosinas en el sistema nervioso central¹⁸

- Físico:
 - Enfermedades específicas
 - Trastorno mentales crónicos
 - Exposición a fármacos
 - Privación sensorial
 - Pérdida de función física ¹⁸
- Psicológicos:
 - Conflictos no resueltos
 - Pérdida de la memoria y demencia
 - Trastornos de la personalidad ¹⁸
- Sociales:
 - Pérdidas de familiares y amigos (duelo)
 - Aislamiento
 - Pérdida del empleo
 - Pérdida de ingresos ¹⁸

3.1.6.3 Signos y síntomas

Son muchos los signos y síntomas que suelen indicar depresión en el paciente geriátrico. Sin embargo, hay varios factores que dificultan su interpretación:

- Los cambios del envejecimiento y varias enfermedades comunes pueden producir el aspecto físico de depresión, aunque ésta no exista.
- Los síntomas físicos inespecíficos (como fatiga, debilidad, anorexia, dolor difuso) quizá representen varias enfermedades médicas tratables, además de depresión.
- Los síntomas físicos específicos, que se relacionan con todos los sistemas orgánicos principales, pueden indicar depresión, además de enfermedad física en el paciente geriátrico.
- La depresión posibilita la exacerbación de los síntomas de las enfermedades físicas coexistentes. ¹⁸

El aspecto físico de los pacientes geriátricos en quienes se sospecha depresión debe interpretarse con cuidado. Los cambios del envejecimiento como las canas y la pérdida de cabello, las arrugas en la piel, la pérdida de dientes, la postura encorvada y la marcha lenta, tal vez proporcionen la

aparición de una imagen deprimida. Varias enfermedades pueden acentuar aún más el aspecto físico de la depresión. La enfermedad de Parkinson, que se manifiesta a través de aspecto de máscara, bradicinesia y postura encorvada, también puede interpretarse de manera errónea como depresión. Las personas con presbiacusia quizá parezcan abstraídas y desinteresadas sólo porque no pueden oír bien una conversación normal para participar en forma activa; por consiguiente, se aíslan debido a la frustración. El retraso psicomotor del hipotiroidismo suele originar el aspecto físico depresivo. Las enfermedades sistémicas, como la tuberculosis diseminada, neoplasia maligna y desnutrición (aislada o secundaria a una enfermedad), pueden ocasionar un aspecto de depresión. Además, la depresión verdadera por lo general se acompaña de muchas de estas enfermedades durante la vejez.¹⁸

Los síntomas también deben interpretarse con suma precaución. Muchos síntomas diferentes pueden indicar depresión, enfermedad somática o una combinación de ambas. Hay varios ejemplos de síntomas somáticos en el anciano que en realidad pueden ser manifestaciones de depresión o exacerbarse por la misma (ver cuadro 4.1).¹⁸

A la depresión que se manifiesta de manera primordial por síntomas físicos se le denomina depresión disimulada, y es muy frecuente en los pacientes geriátricos por varias razones. Muchos de los ancianos de la generación actual se educaron en una atmósfera que inhibía la expresión de emociones. Por la dificultad para expresar en forma directa los sentimientos de tristeza, culpa e ira, es posible que somaticen estas emociones y se quejen de síntomas físicos. Además, muchas personas de edad avanzada con disminución del estímulo sensorial por pérdidas visuales, auditivas o táctiles pueden tener una respuesta excesiva a las actividades internas (como el latido cardíaco y la motilidad gastrointestinal) y concentrarse en estas preocupaciones cuando se sienten angustiadas o deprimidas.¹⁸

El insomnio es ejemplo de un síntoma muy usual, aunque inespecífico, en el paciente geriátrico. Aunque es uno de los síntomas clave en el diagnóstico de las diferentes formas de depresión, hay varios factores subyacentes a esta molestia. Las quejas persistentes sobre alteraciones en el sueño se relacionan

de hecho, con depresión entre los ancianos que viven en la comunidad. Aparte de la depresión, el insomnio puede obedecer a otros trastornos psiquiátricos, además de varios tipos de problemas médicos. Por ejemplo la ortopnea y nicturia causadas por insuficiencia cardiaca congestiva, molestia abdominal secundaria a esofagitis por reflujo o ansiedad e inquietud debido a hipertiroidismo, pueden haber originado la queja de insomnio. La obtención de antecedentes detallados permite identificar éstas y otras alteraciones que pudieran contribuir al problema. ¹⁸

Cuadro 4.1
Síntomas somáticos de depresión en el anciano

Sistema	Síntoma
General	Fatiga Debilidad Anorexia Pérdida ponderal Ansiedad Insomnio "Dolor en todas partes"
Cardiopulmonar	Dolor precordial Falta de aire Palpitaciones Mareo
Gastrointestinal	Dolor abdominal Estreñimiento
Genitourinario	Frecuencia Urgencia Incontinencia
Muscoloesquelético	Dolor difuso Dolor de espalda
Neurológico	Cefalea Trastorno de la memoria Mareo Perestusias

Fuente: Geriatría clínica. 4 ed. McGraw-Hill Interamericana

El insomnio quizá también se deba a los efectos o la suspensión de varios tipos de medicamentos y alcohol. A medida que más pacientes geriátricos con trastornos del sueño se someten a un análisis minucioso, se han detectado otras alteraciones, incluyendo apnea durante el sueño y mioclono nocturno. Hasta una tercera parte de la población geriátrica llega a presentar algún

trastorno específico del sueño. La apnea obstructiva durante el sueño es la más frecuente de estas alteraciones y no sólo origina las quejas de insomnio, sino también hipoxia nocturna con riesgos asociados de arritmias cardíacas e infartos miocárdicos y cerebrales. Los síntomas específicos, que algunas veces los proporciona el compañero de cama, indican la consideración de una referencia a un centro de reposo, ya que los hipnóticos suelen exacerbar el trastorno. ¹⁸

El propio envejecimiento se relaciona con cambios en los patrones de sueño, como las siestas durante el día, el hecho de acostarse más temprano, prolongación del tiempo hasta el inicio del sueño, disminución en la duración absoluta y relativa de las fases de sueño profundo, y el aumento en los periodos de vigilia, lo que podría contribuir a la presencia de insomnio. Por tanto, la lista de diagnósticos diferenciales del insomnio en el anciano es larga y el problema no debe atribuirse tan sólo al envejecimiento o a la depresión y tratarse con un antidepresivo sedante o hipnótico antes de considerar otras causas potenciales. ¹⁸

3.1.6.4 Diferencias en la presentación de depresión en el anciano en comparación con la población más joven

- En el cuadro clínico algunas veces predominan las molestias somáticas, en lugar de síntomas psicológicos.
- Los pacientes geriátricos a menudo niegan tener un estado de ánimo disfórico.
- La apatía y el aislamiento son frecuentes.
- Los sentimientos de culpa son menos usuales.
- La pérdida de autoestima es notable
- Es frecuente la incapacidad para concentrarse, con daño consecuente en la memoria y otras funciones cognoscitivas. ¹⁸

3.1.6.5 Evaluación diagnóstica

Ante la incidencia y signos y síntomas depresivos en el paciente geriátrico, los cambios por el envejecimiento que pueden complicar el diagnóstico y la interrelación entre la depresión y sus manifestaciones,

las enfermedades somáticas y los efectos del tratamiento, hay varios principios generales que pueden ser útiles:

- Las preguntas que identifican síntomas depresivos, o el uso de una escala de depresión, son de utilidad para detectar a los pacientes geriátricos deprimidos. Sin embargo, los componentes de muchas escalas de depresión son menos útiles en ancianos debido a la elevada incidencia de síntomas físicos y enfermedades médicas.
- Los síntomas somáticos inespecíficos o múltiples que son sugestivos de depresión no deben diagnosticarse como tales sino hasta que sea posible excluir enfermedades físicas.
- Los síntomas somáticos que no se explican por los hallazgos físicos o estudios diagnósticos, en especial los de inicio relativamente repentino en el anciano que no suele ser hipocondriaco, deben despertar la sospecha de depresión.
- Los medicamentos que se usan para el tratamiento de enfermedades físicas, los sedantes, los hipnóticos y el abuso de alcohol deben considerarse como causas potenciales de manifestaciones de depresión.
- Los criterios diagnósticos estándar deben ser la base para diagnosticar las diversas formas de depresión en el anciano, si bien existen varias diferencias que permiten diferenciar los episodios depresivos en estos pacientes de los que se observan en individuos más jóvenes.
- Los episodios depresivos mayores deben diferenciarse de otros diagnósticos como duelo sin complicaciones, trastorno bipolar, trastorno distímico y trastornos de adaptación con un estado de ánimo deprimido.
- Toda vez que sea posible, es necesario obtener una consulta con psiquiatras, psicólogos, o ambos, con experiencia en ancianos para ayudar el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones depresivas.
- Siempre que exista incertidumbre sobre el diagnóstico, puede ser muy útil una prueba terapéutica prudente con un antidepresivo.¹⁸

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la American Psychiatric Association (DSM-IV) se establecen varias

clasificaciones y diagnósticos de utilidad para describir las depresiones en el anciano. Hay varias diferencias en el cuadro clínico de dicha depresión que pueden hacer que el diagnóstico se vuelva mucho más difícil y desafiante. El problema clínico más frecuente es la distinción entre los episodios depresivos mayores y otras formas de depresión. Además, hasta el 25 por ciento de los ancianos que viven en la comunidad y la mitad de aquellos con enfermedad médica y de los residentes de asilos sufren “depresiones subsindrómicas”. Aunque es posible que los síntomas depresivos no sean tan graves como en la depresión mayor, se relacionan con la aparición de ésta, además de la incapacidad física y uso considerable de los servicios de salud (ver cuadro 4.2).¹⁸

Al igual que las fases iniciales de demencia, es posible que la depresión pase desapercibida hasta que se realicen preguntas específicas. Es bien sabido que muchos ancianos que se suicidan estuvieron con su médico en semanas previas. Cuando menos de manera periódica, es necesario plantear esta cuestión evaluadora a todo paciente geriátrico. Las preguntas específicas sobre otros síntomas depresivos comunes también pueden añadirse a la revisión de sistemas. Las respuestas positivas requieren seguimiento mediante preguntas ulteriores, sobre todo en cuando a ideas suicidas.¹⁸

En virtud de que los signos y síntomas depresivos y la enfermedad física se sobreponen, además de la relación estrecha entre muchas enfermedades y depresión, los pacientes geriátricos que se presentan con lo que parece ser una depresión deben someterse a una exclusión cuidadosa de enfermedades somáticas.¹⁸

Esto casi siempre se logra mediante anamnesis minuciosa, exploración física y estudios básicos de laboratorio. Otros estudios diagnósticos pueden proporcionar datos objetivos útiles en pacientes con síntomas físicos persistentes, que son difíciles de diferenciar de las molestias psicosomáticas (como la depresión disimulada).¹⁸

Cuadro 4.2
Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor según el DSM-IV

<p>A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el periodo de las mismas dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, por lo menos uno de los síntomas es ánimo deprimido o pérdida del interés o placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, ya sea reporte u observaciones hecha por otros. Nota: en niños o adolescentes puede ser ánimo irritable. 2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Pérdida o aumento de peso significantes sin estar a dieta. O disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o perdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días. 8. Capacidad disminuida de pensar o concentrarse o indecisión casi todos los días. 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.
<p>B. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. No se debe a efectos de una sustancia o una condición médica general.</p>
<p>D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de dos meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.</p>

Fuente: Psiquiatría. 4 ed. Trastornos depresivos. Corporación para investigaciones biológicas.

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)

Es un instrumento centrado en los aspectos afectivos y cognitivos de esta enfermedad, ha sido específicamente desarrollada para ser ampliamente utilizada en el anciano. Reúne los elementos del instrumento ideal: es autoadministrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores.^{19,20}

Es un cuestionario cuya versión original contiene 30 preguntas que evalúan síntomas específicos de la depresión geriátrica. A cada pregunta, el sujeto responde ante un patrón dicotómico (Sí o No) en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresión grave. El máximo total de puntos es 30. Las preguntas representan el centro de la depresión geriátrica y aquellas relacionadas a las quejas somáticas no están incluidas.^{19,20}

En éste instrumento 20 preguntas respondidas afirmativamente y 10 de forma negativa indican la presencia de depresión. La escala puede auto-administrarse pero puede también ser llenada por un entrevistador, aunque el sesgo en la respuesta es más probable en esta última opción. La validez de contenido del instrumento se apoya en un consenso de expertos, clínicos e investigadores. A partir de una serie de 100 preguntas, se seleccionaron las 30 mejores para discriminar entre los ancianos deprimidos y los no deprimidos.^{19,20}

La validez concomitante es bastante fuerte. Su relación con otros instrumentos como la Escala de Depresión de Hamilton es de 0.62 a 0.82, su relación con la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg es de 0.82, con el Inventario de depresión de Beck es de 0.85 y con el Zung, la correlación de Pearson es de 0.82. La consistencia interna de la escala también es elevada con un alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.99. La confiabilidad test-retest oscila entre 0.85 y 0.98 en un intervalo de una semana y 12 días respectivamente.^{19,20}

Este instrumento ha sido validado en el idioma español y se han desarrollado versiones cortas (15 preguntas) y ultra cortas (de 1, 4 y 5 preguntas). En la actualidad las versiones de 30 y 15 reactivos son las más utilizadas, ésta última ha mostrado utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones mostrando similar desempeño psicométrico en diferentes estudios, con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.89.^{19,20}

3.2 Antecedentes

Un estudio retrospectivo realizado por Barua, Kumar, Kar y Basilio, mediante el análisis de estudios publicados en Asia, Europa, Australia, Norteamérica y Sudamérica, durante los años de 1955 a 2005 reveló que la prevalencia de trastornos depresivos en la población anciana mundial varía entre 10% y 20% dependiendo de situaciones culturales. La prevalencia media de trastornos depresivos fue de 10.3% ([IQR], 4.7%-16.0%).²¹

En España, un estudio realizado durante el año 2013, por Sarró-Maluquera, Ferrer, Rando-Matosa, et al., evidenció una prevalencia de depresión del 76% en 220 personas no institucionalizadas mediante el Test de Yesavage. La depresión se asoció con deterioro de actividades básicas e instrumentales, deterioro cognitivo, agotamiento, prescripción de psicotropos y menor actividad física y peor autopercepción de energía. ²²

En Colombia, en la Ciudad de Barranquilla durante el año 2013, un estudio realizado por Borda, Anaya, Pertuz et al, evidenció una prevalencia de depresión del 36.4% predominando la leve con un 24.2%, destacando dentro de los factores de riesgo: nivel educativo primaria incompleta y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos. Presentaron fuerza de asociación significativa el sexo masculino y ser solteros. Mostraron fuerza de asociación no significativa la fuente de ingresos, los ingresos económicos menores a un salario mínimo legal vigente, la polifarmacia y el tipo de hogar. Otro estudio realizado en la ciudad de Bogotá durante el año 2014, realizado por Gómez-Restrepo, Rodríguez, Días, Canody y Tamayoa, evidenció una prevalencia de depresión en el adulto mayor de 26.3%. También determinó factores asociados dentro de los cuales se encontraron el sexo femenino, bajo nivel educativo, no ser pensionado, antecedente de hipertensión arterial, enfermedad mental diagnosticada, haber tenido hambre en los primeros 15 años de vida y en la última semana, no realizar actividades lúdicas y tener una percepción de peor salud. ^{2,23}

En México un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Oriente del Estado de México, durante el año 2005 por Márquez, Soriano, García, et al., demostró una frecuencia de depresión del 72.1% en adultos mayores. Al analizar la relación entre la depresión y las distintas variables se determinó un riesgo mayor de trastorno del estado de ánimo (depresión) en adultos mayores con familias disfuncionales (7.5 más veces que las funcionales), sexo femenino (4.2 veces más que el masculino), personas sedentarias (3.5 más veces que las que realizaban actividad física) y económicamente dependientes (2.3 más veces que las que no tenían dependencia). ²⁴

En Honduras un estudio realizado en San Lorenzo, Valle, durante el mes de marzo del 2011, por Zavala, Nuñez, Chavarria, et al., evidenció una prevalencia de depresión en la población sujeto de estudio del 52.5%; diferenciando entre la establecida y la leve, siendo mayor la primera con 27.7% y 24.8% respectivamente. Dicho padecimiento fue mayor en

el sexo femenino con 68% de los casos, estando presente en todos los rangos de edad y siendo el ingreso económico mensual menor a \$ 105.00 en el 77% de los casos. ³

3.3 Mis Años Dorados

El programa nacional para el adulto Mayor “Mis años Dorados” facilita, en cada uno de sus centros de atención, la mejora a la calidad de vida de los beneficiarios. *

3.3.1 Cobertura

Consta de 53 centros a nivel nacional, cubriendo 19 departamentos y 52 municipios, según se puede observar en el cuadro 4.3; en donde se benefician 4392 adultos mayores. *

Cuadro 4.3
Cobertura por Departamento
Programa Mis Años Dorados 2014

Departamento	No. Centros de Atención por Departamento
Guatemala	10
Zacapa Sacatepéquez Chimaltenango	5
Escuintla Santa Rosa Alta Verapaz El Progreso Sololá Quiché	3
San Marcos	2
Izabal Baja Verapaz Jutiapa Jalapa Huehuetenango Suchitepéquez Retalhuleu Chiquimula	1

Fuente: Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente. Mis Años Dorados. Guatemala: SOSEP; 17 Diciembre 2014. Informe Final.

* Mis años dorados. Informe final. [Memoria de labores]. En: Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Guatemala, 17 Diciembre, 2014.

3.3.2 Beneficiarios

Adultos mayores de 60 años en adelante que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social, económica, psicológica y emocional, sumado a ello la exclusión y discriminación que sufren por la sociedad y en algunos casos por su misma familia. * No existe un grupo mayoritario en relación a la edad, lo que implica un reto ya que debido a ello surgen diversas necesidades que deben cubrirse para brindar la misma atención a todos. La mayoría de beneficiarios son de etnia ladina sin embargo también asisten adultos mayores de etnias mayas sin ser objeto de exclusión, se trata de contar con personal que hable su idioma para romper barreras de comunicación y poder brindar atención de calidad; además se fomenta el rescate cultural para que las nuevas generaciones la aprecien. Esta información se resume en el cuadro 4.4. *

Cuadro 4.4
Beneficiarios del Programa Mis Años Dorados 2014

	N = 4392	
GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 – 65 años	659	15
66 – 70 años	791	18
71 – 75 años	922	21
76 – 80 años	922	21
81 – 90 años	1010	23
91 – 108 años	88	2
GRUPO ÉTNICO		
Ladino	3997	91
Maya	395	9
SEXO		
Masculino	1976	45
Femenino	2416	55

Fuente: Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente. Mis Años Dorados. Guatemala: SOSEP; 17 Diciembre 2014. Informe Final.

Como puede apreciarse en el anexo 1, los 5 Centros de Atención que presentan el mayor porcentaje de beneficiarios son los de San Miguel Dueñas, La Gomera, Panajachel, Zaragoza, Sacapulas, San Pablo, Ciudad Vieja, Barberena, Casillas, San Miguel Chaparrón, Masagua y Sanarate; cada uno de éstos sobrepasa los 100 beneficiarios y en su conjunto concentran el 32 % de la población total. *

* Mis años dorados. Informe final. [Memoria de labores]. En: Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Guatemala, 17 Diciembre, 2014.

3.3.3 Beneficios otorgados

3.3.3.1 Alimentación

La alimentación es uno de los principales beneficios, puesto que la mayoría de asistentes no cuentan con suficientes recursos para poder tener acceso a ellos, se brinda:

- Refacción AM
- Almuerzo
- Refacción PM *

Con ello se contribuye a que los beneficiarios mantengan un peso promedio y en algunos casos se logre la recuperación nutricional. Los menús que sugiere el programa contemplan la cantidad de calorías necesarias para las personas mayores, además de ello se tiene el debido cuidado de separar las dietas en los casos de los beneficiarios que presentan diabetes y/o hipertensión arterial. *

3.3.3.2 Atención integral

Abarca todos los componentes que necesita el ser humano para poder tener una vida digna, por lo que requiere el trabajo en las áreas: social, psicológica, física, cultural, espiritual y biológica, por tal razón dentro de cada centro se ejecutan 7 ejes mediante los cuales se busca la conservación de las facultades cognitivas y físicas del adulto mayor brindando así calidad de vida; abarcando las siguientes áreas:

- Atención primaria en salud
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Educación
- Actividades socioculturales
- Actividades lúdicas
- Actividades recreativas *

3.3.3.3 Cierre de brecha generacional

La brecha generacional formada con el paso de los años en el país con respecto a los adultos mayores y las nuevas generaciones es significativa, por ello el programa se preocupa por fomentar actividades de sensibilización y acercamiento que favorezcan al cierre de dicha brecha, tales como:

- Voluntariado familiar
- Voluntariado comunitario y/o institucional
- Intercambio de experiencias
- Convivencias con niños y jóvenes *

* Mis años dorados. Informe final. [Memoria de labores]. En: Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Guatemala, 17 Diciembre, 2014.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Enfoque y diseño de la investigación:

Estudio descriptivo transversal

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad primaria de muestreo: Centro de Atención del Programa Mis Años Dorados en el Área de Salud de Zacapa

4.2.2 Unidad de análisis: Datos epidemiológicos y clínicos registrados en el instrumento diseñado para el efecto

4.2.3 Unidad de información: Adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados en el Área de Salud de Zacapa

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo:

140 Adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados en el Área de Salud de Zacapa, en los Centros de Atención ubicados en Cabañas, Estanzuela, San Diego y Teculután.

- 8 adultos mayores cumplieron criterios de exclusión por lo que no formaron parte del presente estudio
- Se decidió realizar la presente investigación en éste departamento por razón de conveniencia ya que en dicha área se tiene el contacto establecido con los dirigentes del programa.
- No se calculó muestra pues considerando el tamaño de la población se trabajó que con la totalidad de la misma.

4.4 Selección de los sujetos de estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de ambos sexos, beneficiarios de los Centros de Atención del Programa Mis Años Dorados en el Área de Salud de Zacapa, previo consentimiento informado

4.4.2 Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no aceptaron participar en el estudio
- Adultos mayores que no hablan castellano

- Adultos mayores que no fueron capaces de responder, durante la entrevista, al cuestionario estructurado por déficit cognitivo o auditivo

4.5 Definición y medición de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
DEPRESIÓN	Trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. ²⁵	Respuestas afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15; negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntea 1, siendo los puntos de corte: 0 – 4 normal → No ≥/ > 5 depresión → Si	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No
FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS	EDAD	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado. ²⁶	Cuantitativa discreta	Razón	Años cumplidos
	SEXO	Condición orgánica masculina o femenina de los animales o las plantas. ²⁷	Cualitativa dicotómica	Nominal	Femenino Masculino

	ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. ²⁷	Estado civil referido durante la entrevista.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Soltero Casado
	ALFABETISMO	Conocimiento básico de la lectura y la escritura. ²⁷	Puede leer y escribir.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Alfabeto Analfabeta
	RELIGIÓN	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. ²⁷	Practica una religión, independientemente de cual.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No
	COMPOSICIÓN FAMILIAR	Vivir en compañía de otro u otros. ²⁷	Vive solo o acompañado, independientemente del lazo (sanguíneo o afectivo) de las personas con quienes convive.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Vive solo Vive acompañado

	ALCOHOLISMO	Abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. ²⁷	Referencia de haber tenido problemas sociales, interpersonales, legales o familiares relacionados al consumo de alcohol.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No
	TABAQUISMO	Práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades. ²⁸	Referencia de consumo diario de tabaco, independiente de su presentación.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No
FACTORES ECONÓMICOS	DEPENDENCIA ECONÓMICA	Situación de una persona que no puede valerse por sí misma económicamente. ²⁷	Referencia de aportes económicos provenientes de familiares o personas allegadas.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No
	INGRESO ECONÓMICO	Caudal económico que entra en poder de alguien, y que le es de cargo en las cuentas a cambio de la prestación de algún servicio. ²⁷	Ingreso económico propio referido la durante entrevista.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No

FACTORES BIOLÓGICOS							
ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN	Documentos gráficos o escritos de trastornos depresivos presentes en una familia. ²⁹	Referencia de antecedente de depresión en algún familiar de primer grado de consanguinidad (padres), la cual haya sido diagnosticada y/o tratada por algún profesional de la salud.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No		
ANTECEDENTE PERSONAL DE DEPRESIÓN	Recopilación de la información sobre trastornos depresivos de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud. ³⁰	Referencia de haber padecido de depresión diagnosticada y/o tratada por algún profesional de la salud.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No		
ENFERMEDADES CRÓNICAS	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. ³¹	Referencia de padecer alguna enfermedad crónica, por ejemplo: DM, HTA, cáncer, asma; o alguna discapacidad física.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No		

4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnica de recolección de datos:

Entrevista con cuestionario estructurado

4.6.2 Procesos

4.6.2.1 Se solicitó autorización al Programa Nacional del Adulto Mayor Mis Años Dorados, adscrito a la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, SOSEP; para la realización del presente trabajo de investigación en los Centros de Atención del Adulto Mayor ubicados en el departamento de Zacapa.

4.6.2.2 Se llevó a cabo la validación de la comprensión y el contenido del instrumento de recolección de datos diseñado para el presente estudio, lo cual permitió garantizar la confiabilidad y validez de los datos obtenidos. Dicha validación se realizó entrevistando a 16 adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados que asisten al Centro de Atención ubicado en la 4 calle y 10 avenida de la zona 1, donde se concluyó lo siguiente:

- Tiempo de duración aproximado por entrevista: 10 minutos
- Se reformuló la pregunta No. 10: ¿Tienen algún ingreso económico mensual fijo por servicios o trabajo realizados?

Este cambio se debió a que algunos adultos mayores respondieron tener trabajos informales que les generan ingresos más no uno fijo mensual y en otros casos al responder afirmativamente hacían referencia al ingreso producto de su pensión. Con el objetivo de englobar éstas posibles respuestas se reformuló la pregunta de la siguiente manera: ¿Tiene usted algún ingreso económico?

- Se reformularon las preguntas No. 11 y 12: ¿Tiene algún familiar que haya padecido algún trastorno depresivo? / ¿Ha padecido usted de algún trastorno depresivo?

Este cambio se debió a que algunos adultos mayores, al responder afirmativamente, hacían referencia a momentos o circunstancias de la vida que generan tristeza o cambios de humor como por ejemplo la pérdida de algún ser querido o situaciones de desempleo, y no a diagnósticos establecidos por un profesional. Por lo anteriormente expuesto se reformularon las preguntas de la siguiente manera: ¿Tiene algún familiar que haya padecido algún trastorno

depresivo diagnosticado y/o tratado por un profesional? / ¿Ha padecido usted de algún trastorno depresivo diagnosticado y/o tratado por un profesional?

4.6.2.3 Posterior a aprobación del protocolo por parte de la COTRAG se estableció contacto, a través de la Licda. Celia Barillas Técnico Administrativo Regional, con las coordinadoras de cada uno de los Centros de Atención del Departamento de Zacapa, para definir las fechas en que se llevó a cabo el trabajo de campo.

4.6.2.4 En las fechas definidas se llevó a cabo el trabajo de campo, previo a dar inicio al mismo, se estableció lo siguiente:

- Se definió el espacio físico en el cual se procedería a entrevistar a los sujetos de estudio, el cual cumplió con ser iluminado, tener adecuada ventilación, libre de ruido y sin distracción alguna.
- Se conformó el grupo a quienes se entrevistaría.
- Se leyó el consentimiento informado y solicitó la firma del mismo si por propia voluntad y sin coacción alguna decidió participar en el presente estudio. En caso de ser analfabeta se solicitó la huella digital y la firma de un testigo.

4.6.2.5 Se entrevistó a los sujetos de estudio, solicitando la información requerida en el cuestionario estructurado diseñado para el presente estudio, en el siguiente orden:

- Datos generales (nombre y centro de atención del cual es beneficiario), con el único objetivo de poder ubicar a los sujetos de estudio que luego de aplicado el test de Yesavage sean identificados en estado de depresión, para informar a las autoridades de cada Centro de Atención y se les brinde seguimiento y la atención necesaria.
- Información personal la cual incluyó los datos relacionados a los factores sociodemográficos, económicos y biológicos a estudiar.
- Aplicación del test estandarizado de Yesavage.

4.6.2.6 Se agradeció, a cada sujeto de estudio de manera personal y al Programa a través de la Coordinadora de cada Centro de Atención, su participación y colaboración en el estudio.

4.6.3 Instrumento de medición

Contenido en una hoja de papel bond tamaño carta, impresa a ambas caras, consignando la siguiente información:

4.6.3.1 Anverso

- Cuenta con el título del trabajo de investigación, flanqueado a ambos lados por los logos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Parte I con sus respectivas instrucciones para dar respuesta a 13 preguntas cerradas de respuesta dicotómica, las cuales recopilan información relacionada con los factores sociodemográficos, económicos y biológicos a estudiar.

4.6.3.2 Reverso

- Parte II, Escala de depresión geriátrica de Yesavage, con sus respectivas instrucciones para dar respuesta a 15 preguntas cerradas de respuesta dicotómica. En la parte inferior aparece el espacio para consignar el punteo obtenido y en base a éste marcar si el sujeto de estudio se encuentra o no en estado de depresión.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de la información recolectada en el instrumento aplicado a los sujetos de estudio se llevó a cabo disponiendo de dicha información en un medio electrónico, lo cual permitió ahorrar tiempo en el control de la calidad de la información, facilitó el análisis de la misma al contar con las herramientas estadísticas apropiadas, garantizó la precisión, eficiencia y validez de los datos que posteriormente fueron analizados y sobre los cuales fueron derivadas las conclusiones.

4.7.1 Procesamiento

4.7.1.1 Preparación de la información

- Se verificó la integridad de la información consignada, se depuró la misma y se corrigieron aquellos datos que se consideraron inconsistentes verificando su confiabilidad.
- Al contar con los datos para su captura electrónica, se procedió a:
 - o Especificar el identificador del cuestionario, de tal forma que exista una relación directa entre éste y uno de los formatos de papel, con el fin de poder hacer las verificaciones pertinentes durante las etapas de

digitación y depuración de la información. Para la construcción del identificador se utilizó dos variables del cuestionario, las cuales constituyen los dos componentes del mismo separados entre sí por un guion, de la siguiente manera:

- Componente 1: Correlativo numérico del Centro de Atención del Programa Mis Años Dorados del cual es beneficiario el sujeto de estudio.
 - 1: Estanzuela
 - 2: Cabañas
 - 3: San Diego
 - 4: Teculután
- Componente 2: Letras iniciales mayúsculas de los primero dos nombres y ambos apellidos de los sujetos de estudio. En caso tenga un único nombre o un único apellido, se consignó en lugar de la segunda inicial el número nueve.

Cuadro 5.1
Ejemplificación para la construcción del identificador del cuestionario

Centro de Atención	Nombres / Apellido	Identificador
Estanzuela	Felisa Rosario / Pérez Ramos	1 – FRPR
San Diego	Julián / Raymundo Solís	3 – J9RS
Teculután	Pedro Pablo /Aroche	4 – PPA9
Cabañas	María Concepción / Gálvez Mérida	2 – MCGM

4.7.1.2 Almacenamiento electrónico de la información

- Se consignaron las siguientes variables en la base de datos, digitando únicamente los códigos asignados en la precodificación tanto para la pregunta como sus posibles respuestas. En la variable respuesta se codificó como 1 la ocurrencia del evento de interés y como 0 la ausencia. En las variables independientes se codificó como 1 el caso que se cree favorece la ocurrencia del evento y como 0 el caso contrario.

Cuadro 5.2

Listado de variables, valores posibles y códigos asignados para el cuestionario

Pregunta	Tipo de variable	Códigos de respuesta
1	Cuantitativa	0: < o igual a 74 años 1: > 74 años
2	Cualitativa	0: Masculino 1: Femenino
3	Cualitativa	0: Casado 1: Soltero
4	Cualitativa	0: Alfabeta 1: Analfabeta
5	Cualitativa	0: Si 1: No
6	Cualitativa	0: Vive acompañado 1: Vive solo
7	Cualitativa	0: No 1: Si
8	Cualitativa	0: No 1: Si
9	Cualitativa	0: No 1: Si
10	Cualitativa	0: Si 1: No
11	Cualitativa	0: No 1: Si
12	Cualitativa	0: No 1: Si
13	Cualitativa	0: No 1: Si
14	Cualitativa	0: No 1: Si

4.7.1.3 Diseño y construcción de la base de datos:

- La información recopilada se estructuró electrónicamente utilizando el paquete estadístico EpiInfo versión 3.5.4, mediante la construcción de una base de datos simple, en la cual se almacenó un valor por cada campo sobre un mismo registro que en su conjunto permitió la descripción de las unidades de análisis.
- Se definieron los campos que contienen la base de datos, los cuales corresponden a las variables que se deseaban almacenar: edad, sexo, estado civil, alfabetismo, religión, composición familiar, alcoholismo, tabaquismo, dependencia económica, ingreso mensual fijo, antecedente familiar de depresión, antecedente personal de depresión, enfermedad crónica y depresión.

- Se nombraron las variables en la base de datos, estos nombres asignados a las variables de estudio identificaron los campos dentro de la base de datos. Dicho nombres tuvieron únicamente letras minúsculas, se limitó el mismo a un máximo de 8 caracteres, no se emplearon números ni espacios y tenían relación con la variable siendo autoexplicativos en la medida de lo posible.
- Se especificó el tipo de dato al que corresponde cada variable. En éste caso se emplearon campos de tipo lógico y un campo tipo numérico.

Cuadro 5.3

Listado de los campos de la base de datos, asociados con las variables del cuestionario, tipo y formato del campo y valores permitidos en cada campo

Pregunta	Nombre del campo	Tipo de campo	Formato del campo	Valores permitidos
1	edad	Numérico	Entero	0 o 1
2	sexo	Lógico	Entero	0 o 1
3	estciv	Lógico	Entero	0 o 1
4	Alfab	Lógico	Entero	0 o 1
5	Relig	Lógico	Entero	0 o 1
6	Comfam	Lógico	Entero	0 o 1
7	Oh	Lógico	Entero	0 o 1
8	Tab	Lógico	Entero	0 o 1
9	depeco	Lógico	Entero	0 o 1
10	ingeco	Lógico	Entero	0 o 1
11	Antfam	Lógico	Entero	0 o 1
12	antper	Lógico	Entero	0 o 1
13	Enfcro	Lógico	Entero	0 o 1
14	depre	Lógico	Entero	0 o 1

4.7.1.4 Captura de la información

- Se introdujo la información al programa digitalizando los datos, representando cada uno de los campos de la tabla en una columna y asignando los registros a las filas.
- Se procedió a verificar la exactitud entre los datos consignados en la base de datos y la información original, con la finalidad de detectar errores cometidos por el digitador al teclear la información y eliminar posible inconsistencias aún existentes. Esto se realizó mediante una doble digitación.
- Se verificó que todos los registros han sido almacenados de forma completa en la base de datos, se determinó el número de registros almacenados y se confrontó éste con el número real de cuestionarios aplicados. En caso de que

se hayan detectado registros o campos sin información, éstos fueron nuevamente digitalizados.

- Para garantizar la seguridad de la base de datos y salvaguardar la información producida en la investigación, se procedió durante la etapa del manejo de la información a:
 - o Generar periódicamente una copia de seguridad del archivo electrónico de la base de datos, dichas copias se almacenaron en un medio diferente al que contiene la base de datos principal, específicamente en un USB.
 - o Dichas copias de seguridad también fueron guardadas en la nube mediante el empleo del internet, específicamente en un Drive al cual se tuvo acceso mediante el correo electrónico tesisdepresion2016@gmail.com con clave de acceso tesis2016.

4.7.1.5 Elaboración de tablas vacías

Se vació la información empleando el esquema de presentación de datos expuesto en el protocolo mediante el empleo de tablas vacías; el objetivo del diseño de éste esquema fue disponer de los datos en forma resumida para facilitar su análisis.

4.7.2 Análisis

Este análisis definido preliminarmente se elaboró con el supuesto de una buena calidad de los datos.

4.7.2.1 Análisis estadístico

- Prevalencia

Para el cálculo de la prevalencia de depresión en la población sujeto de estudio se empleó el paquete estadístico EpiInfo versión 3.5.4, en la cual se dividió la cantidad de sujetos que presentaron el evento de interés por la cantidad total de sujetos que formaron parte del estudio, cociente que posteriormente fue multiplicado por cien para obtener el resultado deseado.

- Regresión logística binaria

Se eligió esta herramienta estadística por su capacidad para el análisis de datos en investigación médica, cuando se tiene interés en conocer la influencia que una serie de variables tienen en una variable respuesta dicotómica. Para elaborar dicho modelo

se empleó inicialmente el paquete estadístico EpiInfo versión 3.5.4 cuyos valores fueron corroborados a través de Stata 14.1.

Mediante el empleo de ambos paquetes estadísticos se pudo estimar, dados los valores de las variables independientes, la probabilidad de que se presente el evento de interés; pudiendo evaluar la influencia que cada variable independiente tiene sobre la respuesta. Para poder construir el modelo de regresión logística se necesitó:

- Conjunto de variables independientes o predictoras (factores sociodemográficos, económicos y biológicos)
- Variable respuesta dicotómica (depresión)

Se interpretó el modelo logístico utilizando el parámetro $\exp(\beta)$, que representa el OR modelado matemáticamente tomando su logaritmo natural. A partir de los coeficientes de regresión de las variables independientes introducidas en el modelo se obtuvo intervalos de confianza para el OR de cada una de ellas, diciendo que aumenta o disminuye la oportunidad del evento en función de que el intervalo de confianza sea de valores mayores o menores que uno respectivamente.

4.7.3 Hipótesis

H: Existe fuerza de asociación entre los factores sociodemográficos, económicos y biológicos y la depresión.

- $H_0: \beta = 0$
- $H_a: \beta \neq 0$

4.8 Límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

- Algunos sujetos de estudio, al ser entrevistados, se desviaron del tema y por lo tanto se requirió más tiempo del previsto para la obtención de los datos.

4.8.2 Alcances

- La presente investigación determinó la prevalencia y los factores asociados a depresión en los adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados en el Área de Salud de Zacapa, estos datos se presentaron a las autoridades de dicho programa para evidenciar la necesidad de incluir dentro de los beneficios que se otorgan la atención por parte de personal capacitado

en salud mental. Además se está buscando publicar el estudio en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, con lo que se lograría la divulgación de la información.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

La preparación responsable de esta investigación fue guiada por los principios éticos generales de respeto por las personas, beneficencia y justicia; donde los investigadores se comprometieron a la aplicación de los mismos durante la toma de decisiones y el curso de la acción del trabajo de campo. Al finalizar el estudio se entregó a las autoridades del programa un listado con los datos de los adultos mayores identificados en estado de depresión para que se les brinde el seguimiento y tratamiento oportuno. El presente estudio no representó riesgo alguno pues no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con las variables de las personas participantes; por lo que el mismo se considera dentro de la Categoría I o sin riesgo.

4.9.1 Consentimiento informado

La participación de los adultos mayores invitados a formar parte de ésta investigación fue mediada por el consentimiento informado, el cual puede leerse en el anexo 3 del presente documento.

5. RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos luego de entrevistar a los adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados de los municipios de Teculután, Estanzuela, Cabañas y San Diego del departamento de Zacapa durante la semana del 28 de marzo al 1 de abril del presente año.

Se contó con 132 sujetos de estudio, cuyo rango de edad fue de 60 a 97 años, con una media de 74,93 años (DE $\pm 7,88$). En relación a la variable estado civil, se incluyó dentro del grupo de los solteros a quienes manifestaron ser viudos. En cuanto al analfabetismo, éste se definió independientemente de la escolaridad y al cuestionar sobre el ingreso económico, no se hizo distinción sobre la procedencia del mismo.

De los evaluados 72 (54,5%) fueron diagnosticados con depresión según el test de Yesavage, siendo el puntaje promedio en dicho test de 5,14 (DE $\pm 3,03$) y la moda de 4 puntos.

El modelo de regresión logística fue construido mediante el empleo del método “hacia atrás” de selección automática, dicho modelo presentó un valor de ajuste mediante el Pseudo R² de 7.47% y en éste solamente se estableció fuerza de asociación estadísticamente significativa con el analfabetismo. (Tabla 5.5)

Tabla 5.1

Características sociodemográficas de los adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados en los Centros de Atención de Estanzuela, Gualán, San Diego y Teculután

Característica	f	%
Edad		
< o igual a 74 años	64	48.5
> 74 años	68	51.5
Sexo		
Masculino	88	66.7
Femenino	44	33.3
Estado civil		
Soltero	85	64.4
Casado	47	35.6
Alfabetismo		
Si	34	25.8
No	98	74.2
Religión		
Si	107	81.1
No	25	18.9
Composición Familiar		
Vive solo	51	38.6
Vive acompañado	81	61.4
Alcoholismo		
Si	19	14.4
No	113	85.6
Tabaquismo		
Si	16	12.1
No	116	87.9
Dependencia económica		
Si	59	44.7
No	73	55.3
Ingreso económico		
Si	39	29.5
No	93	70.5
Antecedente familiar de depresión		
Si	2	1.5
No	130	98.5
Antecedente personal de depresión		
Si	2	1.5
No	130	98.5
Enfermedades crónicas		
Si	74	56.1
No	58	43.9

Tabla 5.2
Depresión y factores sociodemográficos

Factor Sociodemográfico	Depresión			
	Si		No	
	f	%	f	%
Edad				
- < o igual a 74 años	36	50.0	28	46.7
- > 74 años	36	50.0	32	53.3
Sexo				
- Femenino	29	40.3	15	25.0
- Masculino	43	59.7	45	75.0
Estado Civil				
- Soltero	46	63.9	39	65.0
- Casado	26	36.1	21	35.0
Alfabetismo				
- Alfabeta	14	19.4	20	33.3
- Analfabeta	58	80.6	40	66.7
Religión				
- Si	62	86.1	45	75.0
- No	10	13.9	15	25.0
Composición familiar				
- Vive solo	30	41.7	21	35.0
- Vive acompañado	42	58.3	39	65.0
Consumo de alcohol				
- Si	9	12.5	10	16.7
- No	63	87.5	50	83.3
Tabaquismo				
- Si	8	11.1	8	13.3
- No	64	88.9	52	86.7

Tabla 5.3
Depresión y factores económicos

Factor sociodemográfico	Depresión			
	Si		No	
	f	%	f	%
Dependencia económica				
- Si	32	44.4	27	45.0
- No	40	55.6	33	55.0
Ingreso mensual fijo				
- Si	20	27.8	19	31.7
- No	52	72.2	41	68.3

Tabla 5.4
Depresión y factores biológicos

Factor sociodemográfico	Depresión			
	Si		No	
	f	%	f	%
Antecedente familiar de depresión				
- Si	1	1.4	1	1.7
- No	71	98.6	59	98.3
Antecedente personal de depresión				
- Si	2	2.8	0	0
- No	70	97.2	60	100
Enfermedad crónica				
- Si	43	59.7	31	51.7
- No	29	40.3	29	48.3

Tabla 5.5
Resultados de la regresión logística y estimación del riesgo para depresión

Factores asociados a depresión	OR	(IC de 95 %)	Valor de P
> 74 años de edad	0.8425	0.3810 – 1.8632	0.6721
Sexo femenino	2.2838	0.9719 – 5.3668	0.0582
Estado civil soltero	0.7265	0.2951 – 1.7884	0.4869
Analfabetismo	2.8329	1.1670 – 6.8769	0.0214
No practicar ninguna religión	0.4741	0.1824 – 1.2326	0.1258
Vivir solo	1.8443	0.7467 – 4.5553	0.1846
Alcoholismo	0.6772	0.1792 – 2.5594	0.5655
Tabaquismo	1.1581	0.2728 – 4.9157	0.8423
Depender económicamente de algún familiar o persona allegada	1.0430	0.4688 – 2.3207	0.9178
Carecer de ingreso económico propio	1.3231	0.5690 – 3.0770	0.5155
Padecer alguna enfermedad crónica	1.1715	0.5475 – 2.5065	0.6834
Pseudo R ² = 7.47%			

El modelo de regresión logística descrito en la Tabla 5.5 es uno de los dos construidos mediante el empleo del método “hacia atrás” de selección automática, en el cual se excluyeron las variables antecedente familiar de depresión y antecedente personal de depresión debido a que únicamente presentaron dos frecuencias cada uno y por lo tanto era insignificante valorar su asociación con el evento de interés.

6. DISCUSIÓN

Los trastornos del ánimo, específicamente la depresión, tiene una importante prevalencia en el grupo poblacional de los adultos mayores. Borda, Anaya, Pertuz et al, en el año 2013 evidenciaron una prevalencia de 36,4% en pacientes de 65 a 95 años de centros de cuidado geriátrico en Barranquilla², cifra menor a la obtenida en éste estudio la cual fue de 54,5%;esto puede explicarse en parte por la inclusión en éste trabajo de pacientes entre 60 y 65 años de edad, acorde a la definición actual de adulto mayor. Sin embargo en Honduras en el año 2011Zavala, Nuñez, Chavarria, et al evidenciaron una prevalencia de depresión del 52,5%³, la cual es muy similar a la obtenida en éste estudio, considerando dicho dato relevante pues ambos fueron realizados en países centroamericanos.

Aunque son muchos los signos y síntomas que suelen indicar depresión en el adulto mayor, hay varios factores propios de la edad que dificultan su interpretación y esto contribuye a que ésta patología no se diagnostique oportunamente.¹⁸ Por ello son de gran utilidad cuestionarios breves y fiables, como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) utilizada en éste estudio, la cual ha mostrado utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones con similar desempeño psicométrico en diferentes estudios.^{19,20}

Al observar la proporción de pacientes con depresión en relación a la opción favorecedora del evento en cada una de las 13 variables consideradas en el estudio, ésta fue mayor al 50% en quienes eran analfabetas (81%), no tenían un ingreso económico propio (72%), estaban solteros (64%) y padecían de alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer o discapacidad física (60%). De éstas cuatro variables únicamente el estado civil no presentó un OR > 1, sin embargo de las tres restantes solamente se estableció fuerza de asociación estadísticamente significativa con el analfabetismo.

En relación con los factores sociodemográficos, llama la atención que la prevalencia de depresión fue mayor en el sexo masculino y se encontró un OR > 1 aunque no estadísticamente significativo para el sexo femenino; contrario a lo evidenciado por Borda, Anaya, Pertuz et al, en el año 2013 en cuyo estudio se estableció fuerza de asociación significativa para la variable sexo masculino.² Además no se encontró tendencia alguna

en la asociación con la variable edad al igual que lo reportado en Honduras en el año 2011 por Zavala, Nuñez, Chavarria, et al.³

Con respecto al alfabetismo, se observa que la prevalencia es mayor en el grupo analfabeta, siendo ésta asociación estadísticamente significativa ya que casi tres cuartas partes de la población total es analfabeta (74,2%) y de éstos el 80,6% se encuentra deprimido.

Es de resaltar que la prevalencia de depresión según estado civil es mayor en los solteros, grupo dentro del cual se incluyó a los viudos, al igual que lo es en relación a la composición familiar en el grupo de quienes viven acompañados, esto puede explicarse porque al proporcionar la información requerida en relación a ambas variables fue común la argumentación de que si bien vivían acompañados no formaban parte de un entorno familiar pues únicamente les brindaban un espacio aislado dentro de la casa para vivir pero sin relacionarse directamente con las demás persona que ahí habitaban.

En relación a la religión, la prevalencia de depresión fue mayor en quienes sí practicaban algún credo, lo cual resultó contrario a lo reportado en Bogotá en el año 2005 por Pérez, Gómez, Sandino quienes concluyeron que pertenecer a un grupo religioso se asocia a menor riesgo de depresión.³²

Tanto el consumo de tabaco como el de alcohol fue referido por menos del 15% de la población total del estudio, y no se identificó relación alguna entre dicho consumo y la depresión en el adulto mayor.

En relación con los factores económicos, el no contar con un ingreso económico propio mostró un OR > 1 aunque no estadísticamente significativo; contrario a lo publicado en Colombia entre los años 2011 y 2013 por Borda, Anaya, Pertuz et al y Gómez-Restrepo, Rodríguez, Días, Canody y Tamayoa quienes destacaron dentro de los factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor los ingresos económicos menores a un salario mínimo legal vigente y no ser pensionado respectivamente.^{2,23} Además es de interés que de la población total del estudio el 55,3% no dependen económicamente de algún familiar o persona allegada y el 70,5% no tiene un ingreso mensual fijo, lo cual plantea la interrogante sobre cómo cubren económicamente sus necesidades; esto podría

explicarse en parte porque al momento de las entrevistas muchos manifestaron asistir a los Centro de Atención del Programa Mis Años Dorados principalmente para tener acceso a los tiempos de comida que ahí les proporcionaban y que durante los fines de semana sobrevivían de la caridad de personas que les compartían alimentos.

En relación con los factores biológicos, únicamente dos sujetos de estudio refirieron haber tenido antecedente familiar y/o personal de depresión, lo cual excluyó la posibilidad de valorar la asociación de éstas dos variables con la depresión en el adulto mayor pues los cálculos mostraban valores extremos dentro de la distribución los cuales carecían de significancia alguna. Debe considerarse que las interrogantes al respecto establecían que dicha patología hubiera sido diagnosticada y/o tratada por un profesional de la salud para por considerarse una respuesta afirmativa, sin embargo debido a la condición económica precaria no tenían acceso a servicios de salud mental y además muchos refirieron haber convivido únicamente durante sus primeros años de vida con sus progenitores por lo que desconocían la información relacionada al antecedente familiar.

Al igual que lo publicado en el año 2002 por Bruce ML en Estados Unidos quien estableció que la depresión en el adulto mayor es más frecuente en pacientes con enfermedades crónicas, en el presente estudio se concluyó que seis de cada diez adultos mayores deprimidos padecen alguna enfermedad crónica aunque no se estableció asociación estadísticamente significativa entre éstas.³³

El modelo de regresión logística expuesto en la Tabla 5.5 fue interpretado mediante los OR que expresan la variación que las variables independientes producen en la razón de ocurrencia del evento de interés. Con base en el valor del OR se estableció que las variables sexo, alfabetismo, composición familiar, tabaquismo, dependencia económica, ingreso económico y enfermedad crónica tuvieron un efecto positivo sobre la probabilidad de ocurrencia de depresión en los adultos mayores estudiados; sin embargo únicamente el analfabetismo presentó asociación estadísticamente significativa ($p=0.0214$) aunque con un IC del 95% de amplio rango (1.1670 – 6.8769) lo cual pudo deberse al tamaño de la muestra estudiada que no fue suficiente para establecer la asociación estadística ($n=132$).

La capacidad predictiva del modelo, mediante el valor de ajuste del Pseudo R^2 , fue de 7.47%; dicho valor pudo deberse a que no se tomaron en cuenta las variables antecedente familiar y personal de depresión las cuales son documentadas en la literatura como factores biológicos de riesgo, al tamaño de muestra estudiada ($n=132$), a errores de precisión en la recolección de datos por sesgo de memoria o mala estimación del efecto. Esto constituyó una limitación en el presente estudio pues mientras más alto es el valor de la medida de ajuste del modelo más explicativo es el mismo.

Por lo anteriormente expuesto, se evidencia que ha habido poca atención por parte de las autoridades tanto del Programa Mis Años Dorados, como del sistema de salud del país en brindar una atención integral que permita diagnosticar oportunamente los trastornos depresivos, siendo éstos de mucha relevancia social, ya que afectan la calidad de vida de los adultos mayores que los padecen. Por tal razón se debe sensibilizar a las autoridades pertinentes sobre el problema, con la finalidad de que capaciten al personal que labora en cada uno de sus centros de atención sobre conocimientos básicos de trastornos depresivos o bien soliciten el apoyo de profesionales de la salud, para poder así detectar y abordar de una mejor manera a los adultos mayores que padezcan de estos trastornos, con el propósito de brindar una atención integral y de calidad.

7. CONCLUSIONES

7.1 Se estudió a los adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados de los municipios de Teculután, Estanzuela, Cabañas y San Diego del departamento de Zacapa, encontrando que cinco de cada diez son mayores de 74 años de edad, dos terceras partes de sexo masculino y solteros, tres de cada cuatro analfabetas, ocho de cada diez practican alguna religión, cuatro de cada diez viven solos, uno de cada diez consume alcohol y tabaco, más de la mitad no depende económicamente de algún familiar o allegado, tres de cada diez cuentan con algún ingreso económico propio y más de la mitad padecen alguna enfermedad crónica.

7.2 La prevalencia de depresión en los adultos mayores beneficiarios del Programa Mis Años Dorados en el Área de Salud de Zacapa durante los meses de marzo y abril del año 2016 es de 54,5%.

7.3 Ser analfabeta dobla el riesgo de presentar depresión en los adultos mayores estudiados.

7.4 No se encontró asociación con los factores económicos ni biológicos estudiados, aunque la séptima parte de los adultos mayores deprimidos carecen de un ingreso económico propio y seis de cada diez padecen alguna enfermedad crónica.

8. RECOMENDACIONES

- 8.1 Al Programa Nacional del Adulto Mayor Mis Años Dorados, adscrito a la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, SOSEP
 - 8.1.1 Gestionar las intervenciones pertinentes y brindar seguimiento a los adultos mayores beneficiarios del programa que fueron diagnosticados con depresión en el presente estudio.
 - 8.1.2 Solicitar el apoyo de estudiantes EPS de las carreras de Medicina y Psicología con la finalidad de brindar atención profesional, integral y continua que permita el diagnóstico oportuno de trastornos del ánimo y el seguimiento de dichos casos.
 - 8.1.3 Capacitar al personal que labora en los diversos Centros de Atención sobre los factores de riesgo relacionados a depresión en el adulto mayor para que puedan contribuir en la identificación de casos.

- 8.2 A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala
 - 8.2.1 Promover y apoyar la investigación relacionada a trastornos del ánimo, específicamente en la población geriátrica, pues no se cuenta con cifras epidemiológicas nacionales respecto al tema en dicho grupo etario.
 - 8.2.2 Extender la metodología del presente estudio al resto de Centros de Atención del Programa Mis Años Dorados, obteniendo datos a nivel nacional.

- 8.3 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - 8.3.1 Implementar, a nivel nacional, un programa de atención integral a la salud mental del adulto mayor.

9. APORTES

- Se entregarán los resultados de la presente investigación a las autoridades del Programa Nacional del Adulto Mayor Mis Años Dorados, adscrito a la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, SOSEP; a través de la Licda. Celia Barrillas, Técnico Administrativo Regional. Además se adjuntará, de manera confidencial, el nombre de los pacientes diagnosticados con depresión en el presente estudio para que les sea brindado el seguimiento adecuado.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [en línea]. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2015. [citado 30 Ene 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
2. Borda M, Anaya M, Pertuz M, Romero L, Suárez A, Suárez A. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Salud Uninorte [en línea] 2013 [accesado 06 Feb 2016]; 29 (1): 64-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81728689008.pdf>
3. Zavala GL, Nuñez RC, Chavarría RS, Ochoa LF, Suazo NR, Morales RA, et al. Depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle, Marzo 2011. Rev. Fac. Cienc. Méd [en línea] 2011 [citado 06 Feb 2016]; 8 (1): 9-22. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol8-2-2011-3.pdf>
4. Baena Zuñiga A, Sandoval Villegas M A, Urbina Torres C C, Juárez N H, Villaseñor Bayardo S J. Los trastornos del estado de ánimo. Rev Digital Universitaria (México) [en línea] 2005 [citado 04 Feb 2016]; 6 (11): 1 – 14. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. [en línea]. Ginebra: OMS 2016 [Citado 15 Ene 2016]. La Depresión. [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
6. Center for Control Disease and Prevention. Situación actual de depresión en adultos - Estados Unidos, 2006 y 2008. MMWR [en línea] 2010 [citado 26 Feb 2016]; 59 (38): 1229 - 1235 Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5938a2.htm?s_cid=mm5938a2_w

7. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depresión en Europa. Distribución geográfica entre adultos mayores. *Br J Psychiatry* [en línea]. 1999 [citado 26 Feb 2016]; 174:312-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10533550>
8. Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Compendio de psiquiatría. 2 ed. Barcelona: Salvat; 1987.
9. Swenson CJ, Baxter J, Shetterly SM, Scarbro SL, Hamman RF. Depressive symptoms in Hispanic and non-Hispanic White rural elderly: the San Luis Valley Health and Aging Study. *Am J Epidemiol* [en línea] 2000 [citado 1 Feb 2016];152(11):1048–1055. Disponible en: <http://aje.oxfordjournals.org/content/152/11/1048.long>
10. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2,002:XI de población y VI de habitación. [en línea] Guatemala: INE; 2,003. [citado 1 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/20/jZqeGe1H9WdUDngYXkWt3GIhUUQCukcg.pdf>
11. Cobar MI, De la Roca M W, Dávila K D, Chávez M I, Díaz C E, Gómez N E, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental; Descripción epidemiológica de trastornos de salud en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad realizada en la República de Guatemala mayo – julio 2009. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
12. Miesfeldt S, Jameson JL. La práctica de la genética en la medicina clínica. En: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J, editores. *Harrison principios de medicina interna*. 18 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2012: vol. 1 p. 519-525.

13. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría: trastornos del estado del ánimo. [en línea]. 10 ed. España: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. [citado 15 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.tirant.com/liblioteca/detalle?articulo=9788496921184&titulo=Kaplan%20%20Sadock%20Sinopsis%20de%20psiquiatr%C3%83%C2%ADa>
14. Montes C. La depresión y su etiología: Una patología compleja. VITAE (Venezuela) [en línea] [citado 15 Ene 2016]; (18): 1-15. Disponible en: http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf
15. Sadek N, Nemeroff C. Actualización en neurobiología de la depresión. Rev. Psiquiat. Urug [en línea] 2000 [citado 15 Ene 2016]; 64 (3): 462-485. Disponible en: <http://psicomag.com/>
16. Toro RJ, Yepes LE, Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J, et al. Psiquiatría. Trastornos depresivos. 4 ed. Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2004.
17. Fong JA, Bueno Hechavarría J. Geriatria: ¿Es desarrollo o una necesidad?. MEDISAN [en línea] 2002 [citado 4 Feb 2016]; 6(1):69-75. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.pdf
18. Kane R L, Ouslander J G, Abrass I B. Geriatria clínica. 4 ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 2001.
19. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. RevUniversitasPsichologica. [en línea] 2011. [citado 04 Feb 2016]; 10 (3): 735-743. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/236/1168>

20. Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes J A. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. RevMedigraphic. [en línea] 2007 [citado 04 Feb 2016]; 143 (2): 141-148. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
21. Barua A, Kumar M, Kar N, Basilio M. Prevalence of depressive disorders in the elderly. Ann SaudiMed [en línea]. 2011 Nov-Dic [citado 26 Feb 2016]; 31(6): 620–624. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221135/>
22. Sarró-Maluquera M, Ferrer A, Rando-Matosa F, Ferrer-Feliub A, Formagacy F, Rojas-Farrerasd S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Semergen [en línea] 2013 [citado 26 Feb 2016]; 39(7):354-360. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359313000178>
23. Gómez-Restrepo C, Rodríguez M, Díaz N, Canody C, Tamayoe N. Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE). RevColombPsiquiat[en línea] 2014 [citado 26 Feb 2016]; 43(S1): 65-70. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90323284&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=379&ty=58&accion=L&origen=zonadeselectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=379v43nSupl.1a90323284pdf001.pdf
24. Márquez E, Soriano S, García A, Falcón MP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Aten Primaria [en línea] 2005 [citado 30 Ene 2016]; 36 (6): 345-346. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13079874&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=379&ty=58&accion=L&origen=zonadeselectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=13079874pdf001.pdf
25. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; 2016 [Citado 13 Mar 2016]. Depresión [aprox. 1 pant.] Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

26. de León E, García C, de la Roca L, de León J, Barrera A, Ramírez D. Guía para la elaboración del protocolo de investigación [en línea]. Guatemala: USAC, Facultad Ciencias Médicas; 2016. [citado 13 Mar 2016]. Disponible en: http://medicina.usac.edu.gt/cotrag/documentos/Gu%C3%ADa_para_la_elaboraci%C3%B3n_del_protocolo.pdf
27. Diccionario de la Lengua Española [en línea]. 23 ed. Madrid: Espasa; 2014. [citado 13 Mar 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es>
28. Fideicomiso Obra Social Capataces Estibadores Portuarios. Programa Nacional de Control de Tabaco [en línea]. Buenos Aires: OSCEP; 2016 [citado 13 Mar 2016] Disponible en: http://www.oscep.com.ar/weboscep/index.php?iSWE_ID_1=16&iMCO_ID=7
29. Center for Control Disease and Prevention [en línea]. Atlanta: CDC; 2013 [citado 24 Feb 2016]. Antecedentes familiares de enfermedad; [aprox. 1 pant.]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/genomics/spanish/famhistor>
30. Diccionario de cáncer [en línea] Bethesda, MD: NIH; 2016 [citado 13 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=642021>
31. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 13 Mar 2016]. Enfermedades crónicas [aprox. 1 pant.] Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
32. Pérez A, Gómez O V, Sandino C. Relación entre depresión y práctica religiosa: un estudio exploratorio. Suma Psicológica [en línea] 2005 [citado 13 Mayo 2016];12(1):77-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134219072005>
33. Bruce M L. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. BiolPsychiatry [en línea] 2002 [citado 21 Abr 2016]; 52(3):175-84. Disponible en: [http://dx.doi.org.sci-hub.cc/10.1016/S0006-3223\(02\)01410-5](http://dx.doi.org.sci-hub.cc/10.1016/S0006-3223(02)01410-5)

11. ANEXOS

- Anexo 1

Beneficiarios por Centro Asistencial Programa Mis Años Dorados

CENTRO ASISTENCIAL	POBLACIÓN BENEFICIADA
Puerto San José	93
Fraijanes	58
Estanzuela	67
Zaragoza	111
Parramos	90
Villa Nueva	88
Puerto Barrios	93
La Democracia	60
San Juan Sacatepéquez	94
Sanarate	104
San Miguel Petapa	63
Mixco El Milagro	53
Santa Cruz del Quiché	66
Coban	72
Mixco zona 1	88
San José Pinula	69
Santa Cruz El Naranjo	67
Huité	65
San José Chacayá	61
San Manuel Chaparrón	106
Jocotenango	84
San Diego	89
Atescatempa	89
Sansare	68
Palencia	76
Patzún	71
San Miguel Tucurú	74
Cabañas	94
Santa Cruz Balanyá	82
Masagua	105
Teculután	80
San Juan Cotzál	61
Santa María Visitación	61
San Juan Chamelco	80
Santa Catarina Pinula	70
Iztapa	65
San Lucas Sacatepéquez	99
Salamá	73
San Miguel Dueñas	180
San Miguel Panán	90
Casillas	106
San Pablo	114
Barberena	106
Ciudad Vieja	109
San Antonio La Paz	96

Panajachel	128
Sacapulas	110
Esquipulas	44
La Gomera	132
Mixco zona 10	34
Tecpán	40
San Felipe	47
San Rafael Pie de la Cuesta	67
TOTAL	4392

Fuente: Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente. Mis Años Dorados. Guatemala: SOSEP; 17 Diciembre 2014. Informe Final.



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION
EN ADULTOS MAYORES
CENTROS DE ATENCIÓN DEL PROGAMA MIS AÑOS DORADOS
AREA DE SALUD DE ZACAPA
GUATEMALA 2016**



Nombre: _____

¿De cuál Centro de Atención del Programa Mis Años Dorados es usted beneficiario?

San Diego____ Teculután____ Cabañas____ Estanzuela____

PARTE I.

INSTRUCCIONES: Complete lo datos solicitados a continuación.

1. Edad _____ años cumplidos
2. Sexo Femenino____ Masculino____
3. ¿Cuál es su estado civil? Soltero____ Casado____
4. ¿Sabe leer y escribir? SI____ NO____
5. ¿Práctica alguna religión? SI____ NO____
6. ¿Vive solo o acompañado? Solo____ Acompañado____
7. ¿Ha tenido problemas sociales, interpersonales, legales o familiares relacionados al consumo de alcohol? SI____ NO____
8. ¿Consume tabaco diariamente en alguna de sus formas de presentación? SI____ NO____
9. ¿Depende económicamente de algún familiar o persona allegada? SI____ NO____
10. ¿Tiene usted algún ingreso económico propio? SI____ NO____
11. ¿Padecieron sus padres de algún trastorno depresivo diagnosticado y/o tratado por un profesional de la salud? SI____ NO____
12. ¿Ha padecido usted de algún trastorno depresivo diagnosticado y/o tratado por un profesional de la salud? SI____ NO____
13. ¿Padece usted de alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer o discapacidad física? SI____ NO____

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS-15)

PARTE II

INSTRUCCIONES: Responda a las siguientes preguntas encerrando en un círculo la opción correcta para usted.

1. ¿En general está satisfecho/a con su vida? SI___ NO___
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? SI___ NO___
3. ¿Siente que su vida está vacía? SI___ NO___
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? SI___ NO___
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? SI___ NO___
6. ¿Teme que algo malo pueda sucederle? SI___ NO___
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI___ NO___
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a? SI___ NO___
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? SI___ NO___
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría? SI___ NO___
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo? SI___ NO___
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil? SI___ NO___
13. ¿Se siente lleno/a de energía? SI___ NO___
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento? SI___ NO___
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? SI___ NO___

PUNTEO: _____

DEPRESIÓN: SI___ NO___

- Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN ADULTOS MAYORES
CENTROS DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA MIS AÑOS DORADOS
AREA DE SALUD DE ZACAPA
GUATEMALA 2016

Nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando sobre la depresión en el adulto mayor. Le vamos a dar información e invitarlo a participar en nuestro estudio. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo para explicarle. Si tiene preguntas, puede hacérselas cuando crea más conveniente.

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que se caracteriza por pérdida de interés o placer, presencia de tristeza, sentimientos de culpa o impotencia, falta de autoestima, irritabilidad, inquietud, trastorno del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Estamos invitando para este estudio a los adultos mayores que asisten a los Centros de Atención integral del Programa “Mis Años Dorados” del departamento de Zacapa, para la detección temprana de depresión y así crear conciencia a los Directores encargados del programa, con el fin de que realicen cambios enfocados a mejorar la atención del grupo poblacional al que pertenecen para disminuir los efectos que esta enfermedad provoca y de esta forma prevenir daño a la salud de quienes se encuentren afectados y ayudarles a que tengan una mejor calidad de vida.

Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en este programa y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

El procedimiento que se llevará a cabo en su persona es el siguiente:

1. Entrevista con cuestionario estructurado, respondiendo 13 preguntas referentes a factores sociodemográficos, económicos y biológicos de su persona.
2. Cuestionario estandarizado de Yesavage, el cual consta de 15 preguntas de respuesta simple (si o no), sin límite de tiempo; mediante el cual se determinará si padece o no de depresión.
3. Al finalizar se le proporcionará una pequeña refacción en agradecimiento por su colaboración, por parte de nosotros los estudiantes de medicina.

Formulario de consentimiento:

He sido invitado (a) a participar en la investigación "Prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores ". Entiendo que se me realizará un cuestionario estructurado de 13 preguntas referentes a factores sociodemográficos, económicos y biológicos de mi persona, así como un test escrito llamado Yesavage, el cual consta de 15 preguntas de respuesta simple (sí/no). Se me ha proporcionado el nombre y dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado. He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se he contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte el beneficio que recibo por parte del programa nacional para el adulto mayor mis años dorados.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Nombre del testigo: _____

Huella dactilar del participante:

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

- Anexo 4

- Modelo 1

Fue construido con las 13 variables incluidas en el estudio.

Resultados de la regresión logística y estimación del riesgo para depresión

Variable	OR	(IC de 95 %)	Valor de P
Edad	0.7550	0.3325 – 1.7142	0.5018
Sexo	2.7922	1.1428 – 6.8220	0.0243
Estado civil	0.5496	0.2149 – 1.4053	0.2114
Alfabetismo	3.6232	1.4093 – 9.3149	0.0075
Religión	0.3934	0.1454 – 1.0643	0.0662
Composición familiar	2.1640	0.8435 – 5.5516	0.1083
Alcoholismo	0.9630	0.2394 – 3.8727	0.9576
Tabaquismo	0.7121	0.1552 – 3.2669	0.6623
Dependencia económica	0.9828	0.4311 – 2.2407	0.9671
Ingreso económico	1.1943	0.5041 – 2.8296	0.6865
Antecedente familiar de depresión	1	Omitido	
Antecedente personal de depresión	1	Omitido	
Enfermedad crónica	0.9561	0.4345 – 2.1036	0.9111
Pseudo R ² = 9.85%			