

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



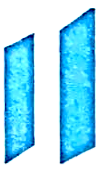
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

MARLON GUSTAVO VÁSQUEZ HERNÁNDEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas
con Especialidad en Medicina Interna
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas
con Especialidad en Medicina Interna

Junio 2021



La Antigua Guatemala, 26 de Mayo de 2021

Dr. Erwin González Maza MSc
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna
Hospital Pedro de Bethancourt
Presente.

Respetable Doctor González Maza:

Por este medio le informo que he asesorado el informe final de graduación que presentó el Doctor **Marlon Gustavo Vásquez Hernández, carné 200910543**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna, el cual se titula: **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR”**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Doctor **Marlon Vásquez**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Post Grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente:

Dr. César Eduardo Morales C.
Maestro en Medicina Interna
Colegiado 13368

Dr. Cesar Eduardo Morales Cojulún MSc
Asesor de Tesis

HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT
Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez
Teléfono: 7774 1414 FAX: 7888 7024





La Antigua Guatemala, 26 de Mayo de 2021

Dr. Erwin González Maza MSc
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna
Hospital Pedro de Bethancourt
Presente.

Respetable Doctor González Maza:

Por este medio le informo que he revisado el informe final de graduación que presentó el Doctor **Marlon Gustavo Vásquez Hernández, carné 200910543**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna, el cual se titula: **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR”**.

Luego de la revisión, hago constar que el Doctor **Marlon Vásquez**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Post Grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente:

Dra. Rosa Julia Chiroy Muñoz
Méd. INTERNA
C.C. 102014

Dra. Rosa Julia Chiroy Muñoz MSc
Revisor Metodológico

RESUMEN

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en ancianos en países en desarrollo, es la responsable del sufrimiento del anciano y de incrementar la prevalencia y mala evolución de las complicaciones médicas. Usualmente es subdiagnosticada y por ende subtratada, especialmente en hombres. (1) (2)

Con la investigación que se presenta a continuación, se tuvo como **objetivo** determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el Hospital Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala. Ésta se desarrolló en pacientes mayores de 60 años, de ambos sexos y que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

A través de un **método** transversal analítico, se realizó la recolección de datos de **111** pacientes, por medio del test de Yesavage, el cual es una encuesta que consta de 15 preguntas que se encuentran adaptadas y validadas para nuestra población, también se incluyó otra serie de preguntas que permitió definir sexo, edad, procedencia, estado civil, entre otras, de cada paciente.

Como **resultados** se obtuvo que de la población estudiada el 51.35% (57) correspondían al sexo masculino y el 48.65% (54) al sexo femenino, se presentan además la distribución de cada una de las variables antes mencionadas.

Conclusión: La prevalencia de depresión es del 32.43% (36) de los cuales 88.89% (32) presentan depresión leve y el otro 11.11% (4) depresión establecida según el test de Yesavage.

Palabras Claves: *depresión, test de Yesavage, adulto mayor.*

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	5
III.	OBJETIVOS	23
IV.	HIPÓTESIS	25
V.	MÉTODO	27
VI.	RESULTADOS	33
VII.	DISCUSIÓN	41
7.1	Conclusiones	45
7.2	Recomendaciones	47
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
IX.	ANEXOS	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	33
Tabla No. 2	36
Tabla No. 3	38

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 1	35
Gráfica No. 2	37
Gráfica No. 3	39

I. INTRODUCCIÓN

La OMS en 2018 publicaba que por primera vez en la historia que la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015, también se estima que un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.(3)

Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. (3)

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud. (3)

Los trastornos psiquiátricos en los ancianos suponen un importante problema de salud, cada vez más apremiante si consideramos que los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población, especialmente en los países desarrollados. Las causas de esta situación hay que buscarlas, por una parte, en el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro, pero, en muchas ocasiones, las alteraciones psiquiátricas y más concretamente las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, como social y psicológico. (4)

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en

sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio. (5)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a 121 millones de personas, de éstos 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad después de las enfermedades cardiovasculares(1)

En lo que se refiere a la población mundial, la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15 y 20 % y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5 %. En pacientes hospitalizados en salas de cuidados intensivos, la prevalencia de síntomas depresivos es de 20 a 30 % y de depresión mayor de 10 a 15 %. En pacientes atendidos en instituciones gubernamentales la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40 % y de depresión mayor de 12 a 16%.(6)

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta. Sin embargo aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que la padecen no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan.(7) En el caso de México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%.(6)

Actualmente en Guatemala no se cuentan con datos estadísticos a nivel nacional sobre prevalencia de depresión en el adulto mayor sin embargo Sotelo-Alonso I et al; en el 2012 mencionan que en países vecinos como México se señala que, dentro de los estudios de prevalencia disponibles el 7.8 % se adjudica a episodios depresivos, presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores. Por otro lado,

dentro del ámbito hospitalario en el Instituto Nacional de la Nutrición la frecuencia de síntomas depresivos rebasa el 30%.(6)

En Guatemala, la información disponible muestra que uno de cuatro guatemaltecos mayores de 18 años, ha padecido al menos un trastorno mental en su vida y en general, solamente el 2.3% de la población guatemalteca ha consultado con algún profesional en salud por emociones o problemas de salud mental. (Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, USAC, 2010). (8)

En Guatemala no se han realizados estudios que nos evidencien la prevalencia de depresión que existe en nuestro país, sin embargo López (2012) realizó un estudio sobre depresión en un asilo en Coatepeque, Quetzaltenango basándose en la escala de Yesavage para recabar los datos, en donde concluyó que el 100% de las personas evaluadas manifestaron algún nivel depresivo, de los cuales correspondieron en un 44% a personas situadas en el nivel leve, un 48% en un nivel moderado y tan solo un 8% en un nivel grave de depresión. Además con este estudio se comprobó que el 56% de las personas evaluadas son hombres y en un 44% son mujeres, y de acuerdo con el análisis con una confiabilidad del 95% demuestra que las mujeres son más propensas a desarrollar niveles de depresión más altos que los hombres.(9)

La OPS/OMS en el 2012 señalaba que la proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%. La falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la Atención Primaria, y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de las barreras para el acceso a una atención adecuada, además de la necesidad de mejorar la capacidad de identificación y tratamiento temprano de la depresión. (7)

Es necesario destacar que no existe un estudio a nivel nacional con el cual se pueda comparar el presente, incluso a nivel latinoamericano son pocos los datos con los que se cuenta. Por dicha razón, el presente estudio es importante porque realiza un primer acercamiento a la morbilidad de los pacientes adultos mayores, que es un grupo del cual se tiene poca información en nuestro medio.

Por lo expuesto anteriormente se considera de gran relevancia **la realización del presente estudio**, considerando que en el Hospital Pedro de Bethancourt no se contaba con registros

de pacientes adultos mayores con depresión. Teniendo como **objetivo** determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el Hospital Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala así como definir sexo, edad, procedencia, estado civil, entre otras características de cada paciente. Como **método** se realizó un estudio transversal analítico, se realizó la recolección de datos de 111 pacientes adultos mayores, por medio del test de Yesavage (abreviado), el cual es una encuesta que consta de 15 preguntas que se encuentran adaptadas y validadas para nuestra población. Posteriormente se realizó una base de datos obteniendo los siguientes **resultados**, se estableció que la prevalencia de depresión es del 32.43% (36) de los cuales el 88.89% (32) presentan depresión leve y el otro 11.11% (4) depresión establecida según el test de Yesavage; 35 pacientes se encontraron en el rango de edad de 66 a 70 años lo que representaba un 31.53% de la población total estudiada; el 51.35% de los sujetos del estudio correspondían al sexo masculino y el otro 48.65% al sexo femenino; se determinó también que la prevalencia de depresión es 1.3 veces mayor en las mujeres con respecto a los hombres. Dentro de las **limitantes** se presentó que la mayoría de los paciente prefería estar acompañado por un familiar al momento de la entrevista, motivo por el cual en algunas ocasiones no se lograba realizar la encuesta ya que no se encontraba presente el tutor o familiar.

II. ANTECEDENTES

2.1 Adulto Mayor

La OMS define como adulto mayor a toda aquella persona que haya cumplido 60 años. El envejecimiento constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a diferentes niveles: molecular, celular, tisular, y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El celular se caracteriza por una disminución en diferentes procesos como: capacidad metabólica, descontrol en las funciones de proliferación, replicación y sobrevivencia, fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticas, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético por la senescencia replicativa; es un proceso continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades. (10)(11)

La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive. El envejecimiento genera problemas comunes y retos similares para todos los que envejecen. Anteriormente la sociedad veía al adulto mayor con respeto y veneración, lo premiaba nombrándolo gobernante, pontífice y consejero; hoy, con el surgimiento de la familia nuclear se crean una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión. Ese punto de vista moderno funciona como una profecía que se autopromueve; se considera al anciano de esta forma y ellos adoptan esa visión de sí mismos convirtiéndose en estereotipo legitimado por la sociedad. (11)

2.2 Demografía

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico. Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población (Chackiel, 2004). (12)

El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base) (Chesnais, 1990). (12)

Según datos demográficos, la población total del país en el 2011 fue de 14,173,763 habitantes, 7,539,798 mujeres, y 7,173,966 hombres (13). Se pueden destacar los siguientes porcentajes: a) Habitantes entre 60 y 64 años, las mujeres representan 3.5% y los hombres 3%. b) Habitantes entre 70 y 74 años, ambos sexos representan 2 %. c) Habitantes de 80 años y más, las mujeres representan 1% y los hombres un 0.5%. Estos porcentajes fueron obtenidos en función del total por sexos. De acuerdo a los datos analizados, los adultos mayores en Guatemala representan aproximadamente novecientos mil habitantes, lo que constituye 6.2% de la población total del país (14). Según proyecciones para el año 2030 este porcentaje ascenderá a 8.6% y para el año 2050 llegara a ser de 14.2% para personas mayores de 60 años. (15)

CUADRO 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS,
PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050

(Miles de personas)

	1950	1975	2000	2025	2050	Diferencia 2000-1950	Diferencia 2050-2000
Bolivia	152,3	264,1	537,5	1 191,2	2 786,3	385,2	2 248,8
Guatemala	126,7	266,3	660,7	1 429,2	3 625,0	534	2 964,3
Brasil	2 627,2	6 541,0	14 031,5	35 076,1	63 117,2	11 404,3	49 085,7
México	1 963,4	3 341,3	6 902,9	18 009,1	37 098,4	4 939,5	30 195,5
Argentina	1 207,2	2 971,0	4 941,7	7 749,6	12 476,8	3 734,5	7 535,1
Chile	416,7	814,2	1 568,5	3 846,6	5 698,1	1 151,8	4 129,6

Fuente: Fuente: Recuperado del Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, 2006, P. 22 (12)

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial ya que implica una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. En 1950 Aproximadamente el 8 % de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10 %, se espera que alcance un 21% para el 2050.(16)

En el cuadro 1 se aprecia un clásico ejemplo del tamaño de la población adulta mayor. Dado que se presenta su evolución entre 1950 y el 2050, permite también apreciar la magnitud de su crecimiento. Los datos demuestran que el incremento de la población adulta mayor, en términos absolutos, será superior en Argentina que en Chile (aproximadamente ocho millones de personas en el primero frente a poco más de cuatro en el segundo) y que, por el tamaño de su población, tanto en Brasil como en México se producirán los más altos incrementos de personas mayores en las próximas décadas. (12)

CUADRO 2

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2050

	1950	1975	2000	2025	2050	Diferencia 2000-1950	Diferencia 2050-2000
Bolivia	5,6	5,5	6,4	9,0	16,7	0,8	10,3
Guatemala	4,3	4,4	5,9	7,2	13,0	1,6	7,1
Brasil	4,9	6,0	8,0	15,2	24,6	3,1	16,6
México	7,1	5,7	6,9	13,9	26,5	-0,2	19,6
Argentina	7,0	11,4	13,4	16,9	24,7	6,4	11,3
Chile	6,9	7,9	10,2	20,1	28,2	3,2	18,0
Diferencia entre Guatemala y Argentina	2,7	7,0	7,5	9,7	11,7		

Fuente: Recuperado del Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, 2006, P. 24 (12)

Una forma de analizar esta información es a partir de una mirada transversal, que compare entre diferentes países. Por ejemplo, en el cuadro 2 se observa que en el 2000 Guatemala tenía un 5,9% de personas mayores, mientras Argentina contaba con más del doble (13,4%). Otra forma útil de analizar estos indicadores es comparando el ritmo de envejecimiento de los países de la región y el de los países desarrollados. Los resultados

de un análisis de este tipo demuestran que América Latina y el Caribe está envejeciendo con más rapidez que otras regiones del mundo (Guzmán y Hakkert, 2001). En los Estados Unidos, por ejemplo, el porcentaje de personas con 65 años o más aumentó de 5,4% en 1930 a 12,8% en 2000; en Holanda de 6% en 1900 a 13,8% en 2000, y en Finlandia de 5,3% a 12,9% en el mismo período. Pero en Brasil, la proporción actual de 8% llegará a 24,6% en 2050; se trata de un aumento que es 3,3 veces más rápido que en los Estados Unidos y 4,1 veces más rápido que en Holanda. (12)

Con respecto a datos sobre depresión en el adulto mayor la gran mayoría de estudios reporta que la proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres, afecta, aproximadamente, al doble de mujeres con respecto a los hombres.(17) Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana. Un estudio en Arabia, encontró relación entre depresión y desempleo, divorcio, viudez, soledad y bajo nivel de educación (n=7970). (18)

Se observa una alta prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades cerebrovasculares. Camus et al., hacen referencia al término “Depresión vascular” para describir los trastornos depresivos consecutivos a enfermedad cerebrovascular. Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Taiwan en 9,991 pacientes con depresión y 39,964 controles, sugiere que la depresión es un factor de riesgo independiente de la demencia vascular. (18)

Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socio-ambientales, incluido el entorno asistencial. La depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio. Las mayores tasas de suicidio en Estados Unidos se observan entre las personas de 70 años o más. En los varones blancos, el suicidio es 45% más frecuente entre los de 65-69 años, más del 85% entre los de 70-74 años, y más de tres veces y media entre los de 85 años o de mayor edad. Hasta el 70 % de los ancianos que consumaron el suicidio habían visitado a su médico de atención primaria en las cuatro semanas anteriores (7). En el cuadro 3 se describen los principales factores de riesgo y protectores de conducta suicida en el adultos mayor. (18)

La atención primaria ofrece la oportunidad de llegar al adulto mayor que intenta suicidio. La investigación, detección y el tratamiento de la posibilidad de suicidio en atención primaria, puede ayudar a reducir las tasas de ideación y comportamiento suicida en los adultos mayores. (18)

De acuerdo a la OMS, la depresión puede causar grandes sufrimientos y afecta la vida cotidiana. Aqueja a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1,6% de la discapacidad total en los adultos de 60 años de edad y mayores. (8)

CUADRO 3.
FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE CONDUCTA SUICIDA
EN ADULTO MAYOR

Factores de riesgo	Factores protectores
Conducta suicida previa y presencia de	Hábitos de vida saludables
Trastornos mentales y adicciones	Contacto con la familia y amigos
Trastornos y rasgos de personalidad	No consumo de alcohol
Enfermedad física	Mantenerse activo
Apoyo vital	Práctica religiosa y sentimiento de tener un propósito en la vida
Eventos vitales estresantes	Extroversión, apertura a la experiencia,
Déficit funcional	Percepción de autoeficacia.

Fuente: Diego Calderón M. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor, Rev Med Hered. 2018; 29:182-191 (18)

2.3 Depresión en el Adulto Mayor

2.3.1 Historia

Stanley (1992), establece que la depresión es conocida en los inicios con el nombre de melancolía, la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra, de hecho, en Hipócrates,

aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión.(19)

En otras culturas, también se ha descrito la depresión. Por ejemplo, en las sagradas escrituras hay varios relatos detallados de depresiones. Con las invasiones de los Bárbaros, desaparece la figura del sabio profano y es entonces cuando los eruditos y pensadores son casi todos religiosos. Como consecuencia de esto se da un nuevo enfoque, “espiritual” a la depresión. Para la valoración espiritual de la tristeza, síntoma dominante en las depresiones, los pensadores cristianos retoman las ideas de San Pablo, quien hablaba de dos formas de tristeza “la tristeza según Dios”, que es en esencia el arrepentimiento por haberle fallado y “la tristeza según el mundo” que es la que produce la muerte. Después de esto, la depresión se interpretaba como pecado (Vallejo-Nágera, 2005).(20)

Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, el origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música) pero, con el advenimiento de la Controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la farmacología, pasa a ser descrita como acaso una enfermedad más. (19)

2.3.2 Definición

Schwab (1995), Indica que la depresión es un dolor atroz, tan intolerante e insoportable, incluso en sentido literal, como el peor sufrimiento físico. (19)

La depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas fisiológicas y sociales, podrían verse afectadas (Mackinnon, Michels, 1971). Así, en la enfermedad se observan diferentes manifestaciones de acuerdo con las circunstancias y las características de cada persona. Por lo tanto, su significado puede variar según el uso que se le quiera dar. Así, comúnmente depresión se refiere a una sensación de malestar, con manifestaciones como tristeza y angustia, mal humor, frustración, etcétera, y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió (Navarro, 1990). (20)

Para esta investigación la depresión se comprenderá como un conjunto de manifestaciones clínicas que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales

(episódicas o periódicas, unipolares o bipolares, leves, moderadas o severas). Durante éstas, el individuo ya no tiene acceso a reforzamientos sociales o bien, éstos dejan de ser congruentes a sus respuestas o pierden su efectividad. Estas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre las situaciones. Además, como resultado final, se observa la disociación de las funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos. Siendo medida objetivamente con el test de Yesavage.(20)

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social.(21)(22)

La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. (22)

2.3.3 Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. (22)

La indagación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia. Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos. (22)

Factores personales y sociales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes. Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. (22)

También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. Por otra parte, se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. (22)

También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión.(22)

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia. En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico.(22)

El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos. (22)

Factores familiares y genéticos

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido. (22)

2.3.4 Tipos de depresión

Los síntomas provocados por la depresión mayor pueden variar según la persona. Para determinar el tipo de depresión, se debe sumar uno o más especificadores. (23)

Depresión ansiosa: depresión a la que se le suma la inquietud o la preocupación inusual por posibles eventos o pérdida de control. (23)

Características combinadas: depresión y manía en simultáneo, que comprende autoestima elevada, hablar demasiado y aumento de energía. (23)

Características melancólicas: depresión grave con falta de respuesta ante cuestiones que solían proporcionar placer y que está asociada a despertarse temprano en la mañana, a que el estado de ánimo empeore durante la mañana, a cambios importantes en el apetito y a sentimientos de culpa, agitación o pereza. (23)

Características atípicas: depresión que comprende la capacidad de alegrarse momentáneamente ante acontecimientos felices, mayor apetito, necesidad excesiva de dormir, sensibilidad al rechazo y sensación de pesadez en los brazos o en las piernas. (23)

Rasgos psicóticos: depresión acompañada de delirios o alucinaciones, lo que puede implicar limitaciones para cumplir con tus tareas u otras cuestiones negativas. (23)

Catatonía: depresión que comprende actividades motoras relacionadas con movimientos descontrolados y sin sentido, o con una postura fija y rígida. (23)

Comienzo en el periparto: depresión que se manifiesta durante el embarazo o en las semanas o los meses posteriores al parto (posparto). (23)

Patrón estacional: depresión relacionada con los cambios de las estaciones y con una menor exposición a la luz solar. (23)

2.3.5 Etiología

En la depresión mayor se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: genéticos, biológicos y psicosociales. (9)

Factores biológicos

Se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central; además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino. (24)

La hipótesis monoaminérgica

Esta hipótesis es el marco conceptual predominante que aborda la fisiopatología de la depresión y establece que la enfermedad se origina por la menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro, principalmente de serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA). (25) Se fundamenta en la observación de que la reserpina, alcaloide usado en el tratamiento de la hipertensión en los años 50, producía síntomas depresivos en un 15% de los pacientes tratados. Este efecto se asoció con una disminución de la serotonina, noradrenalina y dopamina en el cerebro por inhibición de la captación del transmisor a través de las vesículas sinápticas en la célula presináptica. (24)

La hipótesis neurotrófica

Esta hipótesis propone que la depresión también se debe a la atrofia neuronal producto de la menor expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro (BDNF), el cual es una neurotrofina que tiene mayor expresión en el cerebro de los mamíferos, de manera particular en la corteza cerebral y el hipocampo (Duman et al, 2001). Las neurotrofinas

desempeñan un papel crítico en el desarrollo del cerebro y continúan ejerciendo su acción de manera importante en la plasticidad del sistema nervioso maduro (Thoenen, 1995). Asimismo, son requeridas para la neurogénesis, el mantenimiento de la función neuronal y la integridad estructural de las neuronas (Duman et al, 2001). (25)(26)

También propone que el estrés crónico disregula al eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) propiciando la exposición sostenida del tejido nervioso al cortisol y, con ello, la inhibición de la expresión del BDNF. (25)(26)

Alteraciones neuroendocrinas

La depresión se asocia con signos de alteración hipotalámica que se manifiesta en una secreción excesiva de corticotropina (ACTH) por la hipófisis, induciendo aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. La secreción de ACTH es tan importante que en algunos pacientes deprimidos se puede observar aumento del tamaño de la glándula suprarrenal por medio de tomografía axial computarizada (TAC). (24)

La secreción normal de cortisol sigue un ritmo circadiano, alcanzando un pico máximo a las 8:00 AM, siendo menor en la tarde y en la madrugada. Este ritmo se encuentra alterado en el 50% de pacientes deprimidos, los cuales excretan grandes cantidades de cortisol a lo largo de todo el día, incluso mientras duermen. El aumento de la secreción de cortisol es el resultado final de la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el hipotálamo. Recordemos que la CRH aumenta los niveles de ACTH, con las consecuencias ya mencionadas. Los niveles de CRH se correlacionan con la depresión, pues la liberación de esta hormona es estimulada por la noradrenalina y la acetilcolina. (24)

Alteraciones del sistema inmune

Se ha demostrado una alteración del eje Hipotálamo-Hipófisis- Suprarrenal (HHS) mediada por citoquinas, que son mensajeros químicos diversos y potentes secretados por las células del sistema inmunológico, entre los cuales se encuentran los linfocitos, las células T, las células B, los monocitos y los macrófagos. Estas pueden activar el eje HHS, directa o indirectamente. Directamente, a través de sus efectos sobre el CRH; indirectamente, por medio de la resistencia de los receptores a los glucocorticoides, inducida por citoquinas, originando hiperactividad del eje HHS y afectando así su inhibición por retroalimentación. (24)

Las citoquinas proinflamatorias, como la IL-6, pueden alterar los neurotransmisores en múltiples regiones del cerebro, debido a que esta última contribuye a reducir la disponibilidad de L-triptófano, disminuyendo así la disponibilidad de serotonina en el SNC.

2.3.6 Fisiopatología

Anatomía de los circuitos nerviosos que participan en las emociones.

La identificación de los circuitos neuronales y sus mecanismos moleculares son fundamentales para comprender la fisiopatología del trastorno depresivo. En este sentido, se han realizado estudios genéticos en humanos y en modelos de roedores con el fin de identificar los circuitos cerebrales involucrados en este trastorno mental. En el ser humano, el control de las emociones está regulado por el sistema límbico, el cual desencadena respuestas autónomas, endocrinas y del comportamiento ante los retos que comprometen la homeostasis, la supervivencia y la reproducción de un organismo, garantizando que éstos sean almacenados en la memoria para ser recordados durante eventos futuros. (17)

El funcionamiento del sistema límbico está regulado por diversas vías nerviosas que liberan transmisores químicos como la noradrenalina (NA), dopamina (DA), la serotonina (5-HT) y la acetilcolina (ACh), entre otros, los cuales interactúan de una manera compleja para dar origen tanto a las emociones placenteras como a las desagradables. Debido a esto ha sido denominado el “cerebro emocional”. (17)

El sistema límbico juega un papel preponderante en las alteraciones de la homeostasia emocional. Diversos estudios mostraron fisiológicamente que los pacientes con depresión mayor presentan un mayor flujo sanguíneo y un mayor metabolismo en zonas de la amígdala, la corteza orbital y el tálamo medial, así como una disminución de la actividad en las zonas dorso-medial y dorso-antero lateral de la corteza prefrontal y de la zona ventral anterior de la corteza cingulada. Estas alteraciones comprometen regiones talámicas, y diversos circuitos hipotalámicos, con la participación de la amígdala, la corteza orbital medial, y diversas regiones del estriado. Las áreas cerebrales que se cree están implicadas con la depresión mayor son la amígdala, la corteza cingulada, la corteza prefrontal y el hipocampo, donde se observa una reducción en el volumen y el grosor de estas áreas.(17)

Importancia de la Serotonina en la depresión mayor.

La serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT) es un neurotransmisor sintetizado a partir del aminoácido esencial L-triptófano, que se obtiene de la dieta, y que por la acción de la enzima triptófano hidroxilasa (TOH) se transforma primero en 5-hidroxitriptófano (5-HTP) y luego éste, por acción de la 5-HTP descarboxilasa, se transforma en la 5-HT, la cual es almacenada en vesículas presinápticas que se liberaran posteriormente al espacio sináptico. (17)

Una vez que se encuentra en la hendidura sináptica, la serotonina actúa sobre receptores pre y post sinápticos, siendo retirada de este espacio por medio de su recaptura mediante transportadores específicos localizados en la membrana pre sináptica, evitando de esta forma que la neurotransmisión se prolongue indefinidamente. La acción de la 5-HT termina cuando es convertida en el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) por acción de la monoaminooxidasa (MAO) mitocondrial. Las acciones de la 5-HT en el cerebro están mediadas por 14 receptores de membrana, agrupados en 7 familias: 5-HT1, 5-HT2, 5-HT3, 5-HT4, 5-HT5, 5-HT6 y 5-HT7. (17)

Diversas funciones cerebrales se ven influenciadas por la 5-HT y sus receptores, incluyendo el sueño, la actividad motora, percepción sensorial, el apetito, el comportamiento sexual, regulación de la temperatura, la nocicepción y la secreción de las hormonas. Notablemente, se ha mostrado que la disminución de los niveles de 5-HT en el cerebro, mediante una dieta pobre en L-triptófano, induce síntomas depresivos tanto en pacientes en remisión durante el tratamiento con ISRS, como en sujetos con predisposición a desarrollar. Estos resultados han representado una evidencia sólida de que los ISRS ejercen su efecto terapéutico aumentando la disponibilidad de la 5-HT en las sinapsis y reduciendo los síntomas depresivos. (17)

Es por ello que se ha hipotetizado que un aumento en la expresión del transportador de la recaptura de la 5-HT, podría ser un indicativo de una mayor capacidad de reabsorción de la 5-HT en respuesta al estrés o la depresión mayor. Además, diversos estudios han relacionado al receptor 5-HT1A serotoninérgico con el trastorno depresivo mayor. Los resultados por la técnica de tomografía de emisión de positrones (PET) sugieren una reducción del receptor 5-HT1A en personas con depresión mayor. Estudios post-mortem proporcionan pruebas adicionales de la reducción en la expresión del receptor 5-HT1A en

la corteza prefrontal ventrolateral, la corteza temporal y en el hipocampo, áreas implicadas en los trastornos del ánimo. (17)

Papel de la noradrenalina en la depresión mayor.

A lo largo de los años, se ha sugerido una disminución en la liberación de la noradrenalina (NA) en personas deprimidas, que indica una alteración en el sistema noradrenérgico en la fisiología de los trastornos afectivos. La NA es un neurotransmisor sintetizado a partir del aminoácido esencial L-tirosina; la primera reacción es catalizada por la enzima tirosina-hidroxilasa (TH), la cual da origen a la L-hidroxifenilalanina (L-DOPA); esta última experimenta una descarboxilación catalizada por la descarboxilasa de la L-DOPA que utiliza como cofactor el fosfato de piridoxal (vitamina B6), dando lugar a la dopamina (DA). (17)

Finalmente, la DA es convertida en la NA por la acción de la enzima dopamina- β -hidroxilasa. Posteriormente es almacenada en vesículas sinápticas a través del transportador monoaminérgico vesicular (TMAV). Para llevar a cabo sus funciones, la NA debe ser liberada de las vesículas sinápticas mediante exocitosis y sus reacciones terminan cuando es recapturada por el transportador específico localizado en la membrana pre sináptica. (17)

Muchos fármacos antidepresivos se unen con gran afinidad a este transportador y lo inhiben, prolongando la permanencia de la NA en la hendidura sináptica y su efecto en sus neuronas blanco. El destino final de la NA es la degradación metabólica catalizada por la MAO o la catecol-O-metil transferasa (COMT). Los fármacos que inhiben a estas enzimas también tienen una acción antidepresiva ya que aumentan la disponibilidad de la NA en las sinapsis. (17)

Las neuronas noradrenérgicas que inervan el cerebro se encuentran localizadas en el locus coeruleus, situado en el piso del cuarto ventrículo y en el área tegmental lateral, desde donde proyectan sus axones al tálamo, la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo, y la corteza cerebral. La NA es un neurotransmisor que se ha relacionado con la motivación, el estado de alerta-vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos, la regulación del sueño, el apetito, la conducta sexual, la neuromodulación de los mecanismos de recompensa, el aprendizaje y la memoria, funciones que con frecuencia se encuentran alteradas en el paciente deprimido. (17)

2.3.7 Síntomas

La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. (22)

Según el CIE-10 la depresión es un estado de ánimo que puede ser transitorio o permanente; si presenta de tres a cinco síntomas que persisten durante tres semanas. Y pueden ser: (22)

- a) Estado de ánimo de tristeza persistente, ansiedad o vacío.
- b) Pérdida del interés o placer en actividades que antes disfrutaba, incluso en las relaciones sexuales.
- c) Inquietud, irritabilidad o llanto excesivo.
- d) Sentimiento de culpa, de no valer nada, de impotencia, desesperanza o pesimismo.
- e) Dormir demasiado o muy poco, levantarse muy temprano en la mañana.
- f) Pérdida de apetito o peso, o ingesta excesiva de comida y aumento de peso.
- g) Disminución de energía, fatiga, sensación de estar en cámara lenta.
- h) Pensamiento de muerte y suicidio, o intentos de suicidio.
- i) Dificultad de concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- j) Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolor crónico. (22)

Para el diagnóstico de episodios depresivos de cualquiera de los tres niveles de gravedad, habitualmente se requiere de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Alguno de los síntomas anteriores puede ser destacado y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas “somáticos” son: (22)

- a) Pérdida del interés o de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- b) Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.(22)

2.3.8 Diagnóstico

Los signos y síntomas del primer episodio depresivo pueden incluir cambios de humor leves, quejas inespecíficas, síntomas somáticos, falta de iniciativa, fatiga, insomnio, disminución del rendimiento laboral, indecisión, dificultades en la concentración, irritabilidad y ansiedad generalizada. Pero lo más frecuente es que la depresión no se diagnostique de modo precoz, por lo que el malestar del paciente le hace acudir reiteradamente a la consulta. Esta hiperfrecuentación es un indicador de un posible cuadro depresivo. En estos casos se puede hablar de depresión enmascarada, cuando los síntomas no son obvios porque el paciente sonríe y niega los sentimientos depresivos. Por ello, el diagnóstico requerirá una búsqueda activa de síntomas (Gelder. 2000). (27)

CUADRO 4 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO PARA LA DEPRESIÓN

Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, diariamente durante un período de 2 semanas, de los cuales uno de ellos debe ser el 1 o el 2: Estado de ánimo depresivo o irritable (tristeza profunda).

1. Disminución del interés en las actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer (anhedonia).
2. Significativo aumento o pérdida de peso (cambio de > 5% en un mes).
3. Insomnio o hipersomnia. Agitación o retardo psicomotor. Fatiga o pérdida de energía.
4. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Fuente: Elsy Arlene Pérez-Padilla, Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor, Rev Biomed 2017; 28:89-115 (17)

2.4 Test de Yesavage

Esta escala está diseñada para población general mayor de 60 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 60 años. (28)

1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SI	NO

3- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4- ¿Se siente a menudo aburrido?	SI	NO
5- ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8- ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SI	NO
9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	NO
11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	NO
13- ¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	NO
14- ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	NO

Fuente: Tomado de La Sociedad Española de Neurología (29)

Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13 y negativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: • 0 - 5: Normal • 6 - 9: Depresión Leve y • ≥ 10 : Depresión Establecida. (28) (29)

2.5 Tratamiento

El objetivo del tratamiento del primer episodio depresivo es la recuperación completa del episodio, entendida esta como la remisión de la sintomatología (incluidos los síntomas subclínicos), y la recuperación funcional de la persona. El tratamiento precoz optimizado, centrado en las necesidades particulares del sujeto, es esencial para conseguir los mejores resultados en cada paciente. (30)

Según el modelo escalonado del manejo de la depresión, la elección del tipo de intervención que se ha de utilizar en primer lugar en el tratamiento del episodio depresivo viene determinada por la gravedad del cuadro clínico. A continuación se enumeran las intervenciones recomendadas para cada nivel de gravedad: (30)

- a) Depresión leve: evaluación, apoyo y psicoeducación; intervenciones psicológicas y antidepresivos. (30)
- b) Depresión moderada: intervenciones psicológicas; antidepresivos y tratamiento combinado. (30)
- c) Depresión grave o resistente: estrategias farmacológicas; intervenciones psicológicas; tratamiento combinado y terapia electroconvulsiva. (30)

CUADRO 5
TRATAMIENTOS ANTIDEPRESIVOS DISPONIBLES EN LA ACTUALIDAD.

Tipo de tratamiento	Modo de acción
Tricíclicos	Inhibición de la recaptura de 5-HT, de NA, o mixta.
ISRS	Inhibición selectiva de la recaptación de la 5-HT.
ISRN	Inhibición selectiva de la recaptación de la NA.
Inhibidores de la recaptura de la noradrenalina y serotonina	Inhibidores mixtos de los transportadores de la recaptura de la NA y 5-HT.
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)	Inhibición de la monoaminoxidasa. Impiden que la 5-HT y la NA se metabolicen.
Antidepresivos atípicos	Aunque estos fármacos han supuesto mecanismos basados en la monoaminas estas acciones no son necesariamente los mecanismos que subyacen los beneficios de la droga

Fuente: Elsy Arlene Pérez-Padilla, Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor, Rev Biomed 2017; 28:89-115 (17)

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- 3.1.1 Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el Hospital Pedro de Bethancourt de La Antigua Guatemala

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor según rangos de edad.
- 3.2.2 Clasificar el nivel de depresión en el adulto mayor según el sexo.
- 3.2.3 Enlistar el nivel de depresión en el adulto mayor según el estado civil.

IV. HIPÓTESIS

H₁: El grado de depresión es directamente proporcional a la edad del adulto mayor.

H₀: El grado de depresión no es directamente proporcional a la edad del adulto mayor.

V. MÉTODO

5.3 Tipo y Diseño de Estudio

- Tipo: Cuantitativo
- Diseño: Transversal Analítico

5.4 Población

- Fue conformada por los pacientes adultos mayores que fueron ingresados al área de encamamiento del Hospital Pedro de Bethancourt, en el periodo de marzo del año 2018 a junio del año 2019.

5.5 Selección del tamaño de la muestra

- El tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, utilizando para ello la fórmula de muestreo en población finita, con un nivel de confianza del 95% y un error estimado de 0.05.
- El nivel de confianza (1- α). Para una seguridad del 95%, Z=1.96.
- La precisión que deseamos fue de 5% (0.05).
- Según Sotelo-Alonso I et al; en el 2012 la prevalencia de depresión en países vecinos como México fluctuaba en 7.8% por lo que se tomó este dato para el cálculo de la muestra.(6)

$$n = \frac{Z^2_0 pq}{d^2}$$

Donde:

n= es el tamaño de la muestra,

Z= es 1.96*1.96=3.8416 con una seguridad del 95%

p= proporción esperada (0.078)

q= 1-p (1-0.078 = 0.922)

d= precisión de 0.0025

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,078) (0,922)}{(0,05)^2} = \frac{0.2762}{0.0025} = 110.48$$

5.6 Criterios de inclusión:

- Adultos mayores a partir de los 60 años o más de ambos sexos.
- Adultos mayores ingresados a los servicio de encamamiento del Hospital Pedro de Bethancourt.
- Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que acepten participar en la entrevista.

5.7 Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que presenten alguna enfermedad mental.

5.8 Definición y operacionalización de variables

Objetivos	Variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el Hospital Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala</p>	Presencia de depresión	Proporción de individuos de una población que presentan depresión	Frecuencia de depresión en adultos mayores	Cuantitativa	Ordinal (Ausente, leve o establecida según el resultado del test de Yesavage) Ver anexo #2
<p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor según rangos de edad.</p>	Rango de edad	Edad en años cumplidos de una persona según documento personal de identificación	Según rango de edad en años: 60-65 66-70 71- 75 76-80 >81	Cuantitativa	Ordinal

Clasificar el nivel de depresión en el adulto mayor según el sexo.	Sexo	Autopercepción de la identidad sexual durante la entrevista	Condición orgánica, masculino o femenino	Cualitativa	Nominal
Enlistar el nivel de depresión en el adulto mayor según el estado civil.	Estado civil	Condición de unión social de pareja	Soltero Unido Casado Divorciado Viudo	Cualitativa	Nominal

5.9 Técnicas, procedimientos e instrumentos que se utilizaron en la recolección de los datos.

5.9.1 Técnica

- Se presentó el proyecto de investigación para aprobación y autorización. Se solicitó permiso a la coordinación de los postgrados del Hospital Pedro de Bethancourt.

5.9.2 Procedimientos para recolectar la información

- Se solicitó consentimiento informado a los pacientes adultos mayores internados en el Hospital Pedro de Bethancourt o a los tutores del paciente para participar en el estudio. Si el paciente o tutor era analfabeta se le leyó en voz alta el consentimiento. Se hizo de manera impresa.

- Se llenaron los datos, por parte del investigador directamente a los pacientes adultos mayores por una entrevista cara a cara por medio de un cuestionario y el test de Yesavage de 10 a 15 minutos.

5.9.3 Instrumentos o herramientas

- Consentimiento informado requerido y autorizado por el comité de Ética e investigación y boletas de recolección de datos (cuestionario y test de Yesavage), los cuales fueron leídos y llenados por el investigador hacia el paciente y posteriormente se solicitó autorización al mismo una vez hubo aceptado participar en el estudio. Estos datos se utilizaron para obtener datos con confiabilidad, validez y objetividad.

5.9.4 Plan de procesamiento y análisis de datos.

- Se analizaron los resultados en cuadros y gráficas.
- Recuento y análisis de frecuencias de cada pregunta por edad y sexo.
- Estadísticas descriptivas básicas para caracterizar el evento de salud.
- Frecuencias o recuentos del número de veces que aparece una respuesta para su clasificación en variables nominales o categóricas.
- Proporciones para respuestas específicas
- Medidas de asociación para explicar la posible relación entre el evento de salud, factores de riesgo a través del cálculo de razón de prevalencias e intervalos de confianza para la media.

5.9.5 Plan de Análisis

- Se realizó una revisión bibliográfica, la cual fue guiada por el sistema de Mendeley ya que este software nos organiza con mayor precisión los datos importantes de cada bibliografía. Posteriormente se realizó una revisión del tema y se tomó información por medio de hojas de recolección de datos e ingresó los datos a una base de datos en Excel, posteriormente fueron analizados en cuadros y gráficas.

- Se realizó la fórmula de prevalencia para depresión tomando en cuenta el número total de la muestra y el número de pacientes con diagnóstico de depresión según el test de Yesavage siendo la prevalencia de depresión:
 - o Prevalencia de depresión en el adulto mayor = $36 / 111 * 100 = 32.43\%$

- Posteriormente, considerando que es un estudio transversal analítico, se recolectó información acerca de la exposición y la enfermedad (depresión) con el objetivo de comparar diferencias en las condiciones de la enfermedad entre quienes estuvieron o no expuestos al factor de riesgo (edad, sexo). Dicho objetivo implica que se estime la proporción de personas expuestas que están enfermas ($P1=a/a+b$) y se compare con el porcentaje de no expuestos que enfermaron ($P2=c/c+d$), esto siguiendo la tradicional tabla de 2x2 empleada en epidemiología. (31)

- El segundo indicador que puede usarse en el estudio transversal es la razón de prevalencias [RP] (prevalence ratio por sus siglas en inglés), que es análogo a la razón de incidencia acumulada de un estudio de cohorte. (31)

VI. RESULTADOS

Tabla No.1

Características generales de la población estudiada

n = 111

Sexo		
Variable	Masculino	Femenino
Cantidad de pacientes	51.35%	48.65%
Rangos de Edad		
60 - 65 años	11.71%	9.91%
66 - 70 años	14.41%	17.12%
71 - 75 años	10.81%	10.81%
76 – 80 años	7.21%	4.50%
≥ 81 años	7.21%	6.31%
Procedencia		
Sacatepéquez	23.42%	22.52%
Guatemala	13.51%	15.32%
Chimaltenango	8.11%	5.41%
Escuintla	3.60%	2.70%
Otros	2.70%	2.70%
Escolaridad		
Si	41.44%	30.63%
No	9.91%	18.02%
Estado Civil		
Soltero (a)	1.80%	8.11%
Casado (a)	36.04%	14.41%
Unido (a)	3.60%	2.70%
Divorciado (a)	0.90%	0.90%
Viudo (a)	9.01%	22.52%
Ocupación		
Desocupado(a)	22.52%	11.71%
Trabajador(a)	28.83%	36.94%
TOTAL	111	100%

La prevalencia de depresión en el adulto mayor ingresado al Hospital Pedro de Bethancourt es del 32.43% (36) estando el 28.83% (32) con depresión leve y el 3.6% (4) restante con depresión establecida según el test de Yesavage.

De la muestra total de 111 paciente incluidos en el presente estudio, el 51.35% correspondió al sexo masculino y el restante 48.65% al sexo femenino.

La mayor frecuencia por grupo de edad de los pacientes evaluados fue entre 66 a 70 años siendo el 31.53%, seguido por los grupos de edad entre 60 a 65 años y 71 a 75 años ambos representados por el 21.62% del total de la población estudiada. El promedio de edad fue de 71.3 años IC 95% [70.0, 72.6].

En cuanto a la procedencia de pacientes, la mayor parte pertenecía al departamento de Sacatepéquez representado un total general del 45.94% (22.52% de mujeres y 23.42% de hombres), seguidos de los departamentos de Guatemala (28.83%) y Chimaltenango (13.51%).

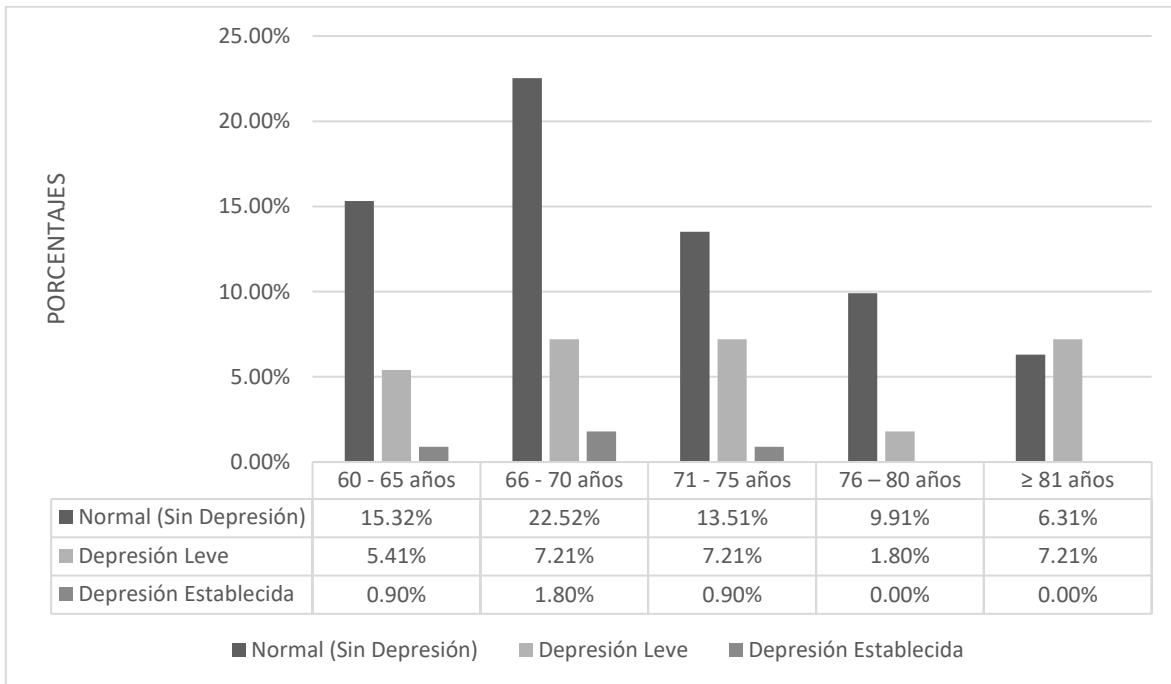
La capacidad de leer y escribir (alfabetismo) predominó frente al analfabetismo (72.07% vs 27.93% respectivamente). En cuanto al analfabetismo, (fue más marcado en el sexo femenino (18.02%)

Del total de 111 pacientes 50.45% eran casados, seguidos por 31.53% de pacientes cuyo estado civil era viudez.

Por último, en la anterior tabla se observa que el 65.77% de los paciente no labora y el restante 34.23% aun trabaja.

Gráfica No. 1

Distribución de paciente con depresión según rango de edad



En la gráfica No. 1 podemos observar la distribución de los pacientes con diagnóstico de depresión según el test de Yesavage por rango de edad, predominando los paciente con edades entre 66 a 70 años con 9.01% (10), seguido de los paciente con edades entre 71 a 75 años con el 8.11% (9) y por último los pacientes mayores de 81 años con 7.21 % (8).

Tabla No. 2

Razón de prevalencia con base a la edad

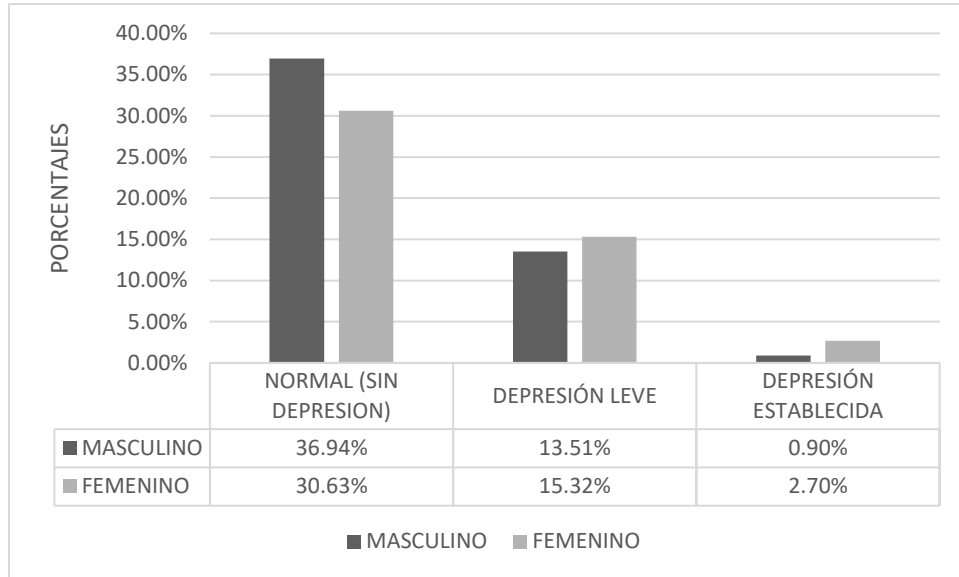
Edad (66 - 75 años)	Con Depresión	Sin Depresión	
Expuesto	19	40	59
No Expuesto	17	35	52
	36	75	n = 111

$$RP \text{ Edad} = \frac{a/a+b}{c/c+d} \longrightarrow \frac{19 / 19 + 40}{17 / 17 + 35} \quad RP = 1.0$$

Considerando que la razón de prevalencia es igual a 1, como se puede observar en la tabla No. 2, podemos mencionar que la prevalencia de depresión es igual en los diferentes rangos de edad.

Gráfica No. 2

Distribución de paciente con depresión según sexo



En la gráfica No. 2 se observa la distribución de los pacientes diagnosticados con depresión según Yesavage (36) según el sexo, predominando el sexo femenino representado por el 18.02% (20) contra el 14.41% (16) del sexo masculino.

Tabla No. 3

Razón de prevalencia con base al sexo femenino

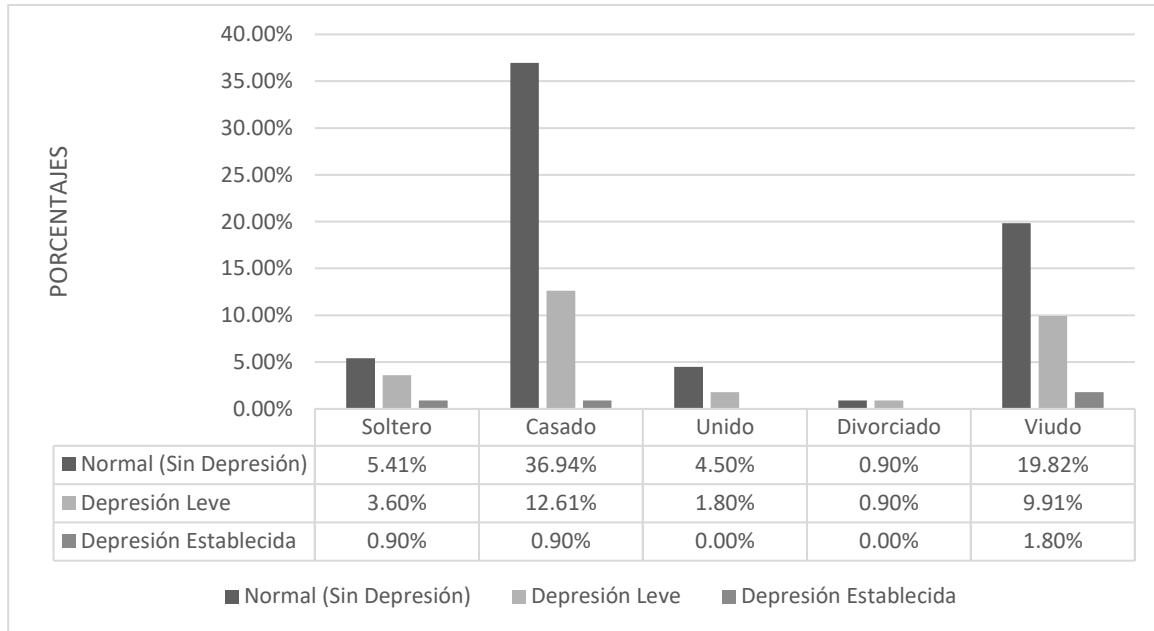
Femenino	Con Depresión	Sin Depresión	
Expuesto	20	34	54
No Expuesto	16	41	57
	36	75	n = 111

$$\text{RP Edad} = \frac{a/a+b}{c/c+d} \quad \longrightarrow \quad \frac{20 / 20 + 34}{16 / 16 + 41} \quad \text{RP} = 1.3$$

En la tabla No. 3 logramos exponer que la prevalencia de depresión es 1.3 veces mayor en las mujeres que en los hombres.

Gráfica No. 3

Distribución de pacientes según el nivel de depresión con base al estado civil



En la gráfica No. 3 podemos observar la distribución de los pacientes por nivel de depresión según Yesavage con base al estado civil, predominando los pacientes casados y viudos con un 13.51% (15) y 11.71% (13) respectivamente.

VII. DISCUSIÓN

La depresión en adultos mayores es una patología de gran impacto en la actualidad, dado el gran aumento de la expectativa de vida a nivel mundial y las comorbilidades crónicas que esto conlleva. Por esto es importante hacer diagnóstico oportunos, que generen tratamientos adecuados e intervención en los factores de riesgo desencadenantes y perpetuadores de la depresión en una población tan vulnerable como esta.

Frecuentemente la depresión es subdiagnosticada ya que, en ocasiones, los síntomas depresivos se presentan de forma atípica o simplemente no son indagados dirigidamente por entenderse como un proceso natural del envejecimiento. Es por esto que se consideró la realización del presente estudio, ya que en esta población hay menos antecedentes y conocimiento sobre esta patología y factores asociados.

Los trastornos del ánimo en los pacientes geriátricos hospitalizados tienen una importante prevalencia. Friedrich von Mühlenbrock S. y colaboradores, en 2011 publicaron una prevalencia de depresión de 22,13% (29), 28,12% (18) en mujeres y 16,41% (11) en hombres, en pacientes mayores de 65 años hospitalizados en el Hospital Militar de Santiago de Chile, cifra menor a la obtenida en nuestro estudio. (2)

Según este estudio en donde se incluyeron 111 paciente adultos mayores de los cuales el 51.35% (57) son hombre y el 48.65% (54) son mujeres, se determinó que la prevalencia de depresión en el adulto mayor del Hospital Pedro de Bethancourt de La Antigua Guatemala es de 32.43% (36) siendo de esto el 88.89% (32) con depresión leve y el 11.11% (4) restante con depresión establecida según el test de Yesavage.

Como se mencionó anteriormente en este estudio predominó levemente el sexo masculino, esta diferencia puede deberse a múltiples factores, por ejemplo, debido a que no se encuestó a la totalidad de los pacientes que ingresaron al Hospital Pedro de Bethancourt, este hecho pudo haber generado sesgo en relación a este dato, sin embargo en la distinta literatura, el predominio de ingresos a emergencias es encabezado por el sexo masculino, coincidiendo estas con el presente estudio.

La mayoría de pacientes ingresados eran originarios y residentes de Sacatepéquez (45.95%), sin embargo, se observa que más del 50% de los pacientes atendidos proceden

de otros departamentos, dentro de los cuales se encuentra Guatemala en segundo lugar con un 28.83% seguido de Chimaltenango con el 13.51% y Escuintla con 6.31%, llama la atención debido a que estos departamentos cuentan con Hospitales Departamentales y es el caso de la ciudad capital que cuenta con 2 Hospitales Nacionales y otros centros de atención de mejor jerarquía. Esto se podría explicar a las buenas referencias que se tienen del Hospital Pedro de Bethancourt y también a que estos otros centros asistenciales se mantienen igualmente saturados de paciente por lo que las personas optan por consultar por comodidad, proximidad o como ya se mencionó por referencias.

En la gráfica 1 podemos observar la distribución de los pacientes con diagnóstico de depresión según el test de Yesavage por rango de edad, predominando los pacientes con edades entre 66 a 70 años con 9.01% (10), seguido de los pacientes con edades entre 71 a 75 años con el 8.11% (9) y por último los pacientes mayores de 81 años con 7.21 % (8). Sin embargo al obtener la razón de prevalencia con base a la edad se evidenció que la prevalencia de depresión es igual en los diferentes rangos de edad, considerando que la razón de la prevalencia es igual a 1, presentada en la Tabla No. 2, por lo que logramos comprobar en este estudio que el grado de depresión no es directamente proporcional a la edad del adulto mayor, ya que no se encontró diferencias entre los grupos etarios.

Es importante mencionar que la esperanza de vida en Guatemala, para el año 2015 era de 73 años, la esperanza de vida proyectada muestra un aumento progresivo, hasta incluso 76 años en el año 2026, por lo que cada vez más serán los pacientes que lleguen a edades más avanzadas, por consiguiente también las enfermedades crónicas degenerativas aumentarán, esto quiere decir que debido a que el proceso de envejecimiento poblacional resulta de la mejora en las condiciones de salud de las personas, la disminución de la tasa de mortalidad general y el aumento de la esperanza de vida al nacer, de esta forma se espera una mayor cantidad de adultos mayores, siendo éstos a su vez, cada vez más ancianos. El cumplimiento de estas proyecciones depende en gran medida, de la mejora de los indicadores antes descritos y de la calidad de vida que se les dé desde ya a los pacientes adultos mayores.

Con respecto al sexo de los pacientes que participaron en el estudio, en la gráfica No. 2 se observa la distribución de los pacientes diagnosticados con depresión según Yesavage (36) según el sexo, predominando el sexo femenino representado por el 18.02% (20) contra el

14.41% (16) del sexo masculino. Esto se correlaciona con la literatura revisada donde se menciona que la prevalencia de depresión es mayormente marcada en el sexo femenino así como también subdiagnosticada y por ende subtratada. También se observa en la tabla No.3 en donde se obtuvo la razón de prevalencia con respecto al sexo que existe 1.3 veces más riesgo de padecer depresión en paciente femeninas adultas mayores.

El estado civil es importante debido a que las relaciones de los adultos mayores son de una dimensión vital sobre todo cuando se produce la separación de los hijos por la búsqueda de pares, se casan o en el extremo, mueren. La pareja constituye la fuente inmediata más importante de apoyo material, moral y social. (15) En el caso de la población estudiada, el estado civil más presentado fue el casado representado por el 50.45%, distribuido según género en 36.04% para los hombre y 14.41% para las mujeres, seguido del estado de viudez representado por el 31.53% esto es de importancia ya que es un factor que podría desencadenar un estado de depresión. En la gráfica No. 4 podemos observar la distribución de los pacientes por nivel de depresión según Yesavage con base al estado civil, predominando los pacientes casados y viudos.

En los niveles de escolaridad se evidenció que el 72.07% sabía leer y escribir, acá se incluyen también los paciente que presentaron grados de escolaridad superiores, de esto era representado por el 41.44% para los hombres y el 30.63% para las mujeres, contra el 27.93% de analfabetismo que se distribuía en el 9.91% de los hombres y el 18.02% de las mujeres. Se observa que el sexo femenino se ve en desventaja esto debido a cuestiones culturales, las cuales son más marcadas en el área rural.

La mayoría de pacientes no tenía un trabajo o ya no laboraba al momento de realizar el presente estudio siendo esto el 65.77% de la población estudiada contra el 34.23% que aun laboraban siendo un 22.52% hombres y con una menor proporción las mujeres 11.71%, esto puede deberse tanto a cuestiones de idiosincrasia que tienden a hacerse más notorias en las personas mayores, con pensamientos tradicionalistas, en donde la mujer se ocupa de los hijos y las tareas domésticas y el hombre generalmente es la cabeza de la familia, eso se ve reflejado en el hecho que más del doble de personas de sexo masculino se encuentran laborando, para poder continuar brindar el sostén económico en sus respectivos hogares.

Podemos observar que de la prevalencia encontrada predomina el género femenino con un 18.02% de la población total, esto se podría explicar que dentro de la caracterización de los paciente las mujeres presentaban más factores de riesgo que podrían desencadenar un estado de depresión, como por ejemplo el analfabetismo, la viudez que representaba un 22.52%, la desocupación que reflejaba un 36.94% en las mujeres de la población estudiada. También se evidencia que la prevalencia de depresión fue ligeramente mayor en pacientes de edades entre 66 a 70 años con 9.01% (10) así como los paciente adultos mayores con un estado civil de viudez y casados.

Se evidenció según la clasificación del test de Yesavage que del 32.43% (36) que presentan depresión el 28.83% (32) se encuentra con depresión leve y el 3.60% (4) restante se encuentran con depresión severa. Esto nos indica que el 88.89% de los pacientes que presentaban depresión se encontraban en un grado leve. Con base a estos resultados se recomendó a los médicos jefes de los diferentes servicios en donde se encontraban los pacientes con depresión, la oportuna evaluación por psicología y geriatría y posteriormente valorar su referencia a psiquiatría ya que en el hospital no se cuenta con esta última especialidad médica.

Se considera que la presente tesis tiene validez interna debido a que la muestra es mayor de 30 pacientes, la recolección de datos fue realizada por un único investigador. Los resultados presentados anteriormente pueden generalizarse a otras poblaciones de adultos mayores por ejemplo de otros hospitales, en otras palabras, el estudio puede reproducirse, lo que le confiere validez externa. Con lo anterior se sugiere realizar nuevos estudios que nos continúen brindando mayor información sobre esta población.

Se obtuvo las siguiente limitante: Durante la realización de este estudio se observó que los adultos mayores preferían estar acompañados de un familiar al momento de la entrevista, ya que en ocasiones al solicitarles su participación voluntaria y no estar acompañados por un familiar se negaban a realizar la entrevista o preferían esperar hasta que estuviese un familiar presente.

7.1 Conclusiones

- 7.1.1** Se establece que la prevalencia de depresión en el adulto mayor del Hospital Pedro de Bethancourt de La Antigua Guatemala es de 32.43% (36) siendo de esto el 88.89% (32) con depresión leve y el 11.11% (4) restante con depresión establecida según el test de Yesavage.
- 7.1.2** La prevalencia de depresión se presenta mayormente en el grupo de edad entre 66 a 70 años siendo un 9.01% seguido por el grupo de edad entre 71 a 75 años con el 8.11% y con 7.21% los paciente de 81 años o mayores a esta. Sin embargo con base a la razón de prevalencia no hubo diferencias entre los grupos etarios.
- 7.1.3** En cuanto a los paciente que presentan depresión según nivel de evidencia se observa que las mujeres son mayormente afectadas representado por el 18.02% (20) contra los hombres que evidencia un 14.41% (16). Esto se demuestra según la razón de prevalencia la cual nos revela que existe 1.3 veces más riesgo de depresión en las mujeres.
- 7.1.4** Se demuestra con nivel de evidencia que los estados civiles de casado y viudez albergaban mayormente la proporción de pacientes con depresión siendo un 13.51% (15) de los casados y un 11.71% (13) de los pacientes viudos.

7.2 Recomendaciones

- 7.2.1** Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, la creación y realización de los programas de inclusión del adulto mayor, así como prevención de la enfermedad depresiva en este grupo etario, promoción de la salud, mejorar la calidad de vida y seguimiento de estos pacientes.

- 7.2.2** Al Hospital Pedro de Bethancourt en continuar optimizando la clínica del adulto mayor para poder satisfacer las necesidades específicas de este grupo etario.

- 7.2.3** Al Departamento de Medicina Interna en promover la investigación en pacientes adultos mayores, así como instruir a los médicos residentes de post grado en el uso de escalas geriátricas como lo es el test de Yesavage para una en la evaluación geriátrica integral.

- 7.2.4** A los médicos del Hospital Pedro de Bethancourt en la atención del paciente adulto mayor ya que debe ser multidisciplinaria, para poder abordar todos los aspectos y de esta forma lograr un adecuado seguimiento de estos pacientes.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zavala, Germán L. Núñez RC. Depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle. Rev Fac Cienc Méd Julio - Diciembre [Internet]. 2011 [consultado 20 AGO 2017]; Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol8-2-2011-3.pdf>
2. Von Mühlenbrock FS, Gómez RD, González M V, Rojas AA, Vargas LG, von Mühlenbrock CP. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital militar de Santiago. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2011 [consultado 20 AGO 2017]; Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>
3. OMS (Organización Mundial de la Salud). Envejecimiento y salud [Internet]. World Health Organization. 2018 [consultado 26 AGO 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
4. Bustos Angulo LF, Sánchez Londoño JP, Ulloa Rodríguez M, Baena Rivero A, Feliciano Alfonso JE. Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar. Fam Med Dep [Internet]. 2012 [consultado 20 AGO 2017]; Disponible en: https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2082/Luisa_Fernanda_Bustos_Angulo.pdf?sequence=1
5. OPS (Organización Panamericana de la Salud). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. 2017 [consultado 11 AGO 2017]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
6. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. La depresión en el adulto mayor : una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch en Med Fam [Internet]. 2012 [consultado 20 AGO 2017]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730962002.pdf>
7. OPS/OMS. Día mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente [Internet]. 2012 [consultado 26 AGO 2017]; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-

frecuente&Itemid=1926&lang=es

8. OPS/OMS. Guatemala - día mundial de la salud mental: La depresión, una crisis global [Internet]. 2012 [consultado 21 ENE 2018]; Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610:dia-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-una-crisis-global&Itemid=405
9. Lopez E. Depresión en las personas internas del asilo de ancianos Madre Teresa de Coatepeque, Quetzaltenango [Internet]. Universidad Rafael Landivar; 2012 [consultado 01 JUL 2017]; Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Lopez-Irene.pdf>
10. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016;33(2):199–201. [consultado 12 OCT 2017]; Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a01v33n2.pdf>
11. Bustos Angulo LF, Sánchez Londoño JP. Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar. [Internet]. Universidad de la Sabana; 2011 [consultado 10 JUN 2018]; Disponible en: https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2082/Luisa_Fernanda_Bustos_Angulo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez [Internet]. Santiago de Chile; 2006 [consultado 14 JUN 2018]; Disponible en: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/17.pdf
13. INE (Instituto Nacional de Estadística). República de Guatemala: Estadísticas demográficas y Vitales 2014. 2015; [consultado 05 JUL 2018]; Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/01/13/FijigScCmvJuAdaPlozybqKmr01Xtkjy.pdf>
14. Richter M. La situación del adulto mayor en Guatemala [Internet]. 2014 [consultado 06 OCT 2019]; Disponible en: <http://www.movimientosicg.org/es/documentos/articulos/item/307-la-situacion-del-adulto-mayor-en-guatemala>
15. Global AgeWatch Index. AgeWatch report card - Guatemala. [Internet]. 2015 [consultado 06 OCT 2019]; Disponible en: <https://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Guatemala>
16. Viniegra Osorio A, Favela Perez E. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el

- adulto mayor en el primer nivel de atención. [Internet]. Guía de práctica clínica. México, D. F.; 2011. [consultado 06 OCT 2019]; Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
17. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Biomed [Internet]. 2017 [consultado 11 AGO 2019]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
 18. Calderon M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Médica Hered [Internet]. 2018 Oct 16 [consultado 05 JUL 2019]; Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/3408/3570>
 19. Monterroso Lima KG. Tipo de depresión en personas de la tercera edad. [Internet]. Universidad Rafael Landívar; 2012 [consultado 01 JUL 2019]; Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Monterroso-Karim.pdf>
 20. Alexandra MR. Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión. [Internet]. Universidad de las Américas Puebla.; 2008 [consultado 11 AGO 2019]; Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/
 21. Antón Jiménez M, Gálvez Sánchez N, Esteban Sáiz R. Depresión y ansiedad. In: Tratado de Geriatria para Residentes [Internet]. 2006. p. 243–9. [consultado 06 AGO 2019]; Disponible en: <https://docplayer.es/16048391-Epidemiologia-introduccion-definicion-y-concepto-formas-clinicas-de-la-depresion-en-el-anciano.html>
 22. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, Ávila González M, González García A, Guitián Rodríguez D, De las Heras E, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014 [consultado 20 AGO 2019]; Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
 23. Clinic M. Depresión (trastorno depresivo mayor) [Internet]. 2018 [consultado 16 SEP 2019]; Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013>
 24. Montes C. La depresión y su etiología: Una patología compleja [Internet]. Vitae: Academia Biomédica Digital. 2004 [consultado 10 JUN 2019]; Disponible en: <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeDieciocho/Articulos/Psiquiatria/ArchivosHTML/introduccion.htm>

25. Hernández HC, Coronel PL, Aguilar JC, Rodríguez EC. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Ment* [Internet]. 2016;39(1):47–58. [consultado 16 JUL 2019]; Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n1/0185-3325-sm-39-01-00047.pdf>
26. Armas G, Pezoa R, Vásquez J. Factor neurotrófico derivado del cerebro en el trastorno depresivo mayor. *El Resid* [Internet]. 2010;5(1):19–21. [consultado 18 AGO 2019]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr101e.pdf>
27. Ruiz RC. Diagnóstico de la depresión. *SEMERGEN* [Internet]. 2006;(tabla 1):19–25. [consultado 01 OCT 2019]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X113835930690814X>
28. Sociedad Española de Neurología. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (abreviada) [Internet]. [consultado 11 AGO 2019]; Disponible en: <https://www.hipocampo.org/yesavagepetite.asp>
29. Martínez De La Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberné C, Colomer CA, Arias Blanco MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria* [Internet]. 2005 [consultado 20 SEP 2019]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13071040>
30. Bennasar M, Aragonès E. Abordaje compartido de la depresión. 2018; [consultado 08 OCT 2019]; Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Enric_Aragones2/publication/323685480_Abordaje_compartido_de_la_depresion_Consenso_multidisciplinar/links/5b961fb3a6fdccfd54381928/Abordaje-compartido-de-la-depresion-Consenso-multidisciplinar.pdf
31. Dra. Psicoya J, Dr. Alarcón J. Estadística Médica de Medicina [Internet]. 2005. [consultado 06 OCT 2019]; Disponible en: <https://es.scribd.com/document/23190338/Estadistica-UNMSM>

IX. ANEXOS

9.1 Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT

Investigador: Dr. Marlon Gustavo Vásquez Hernández

Médico Residente de Medicina Interna del Hospital Pedro de Bethancourt

Estimado (a) señor (a):

Solicitud del consentimiento informado.

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado estudio de investigación, el cual tiene como objetivo: determinar la Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en el Hospital Pedro de Bethancourt.

Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no escriba su nombre y apellido en los instrumentos que se le den para recolectar la información.

Autorización del adulto mayor para participar en la investigación.

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. Asimismo he sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por el investigador para recoger la información, lo que le da un carácter confidencial a los datos recolectados.

Firma o huella del participante o testigo

Firma de Investigador

Fecha

9.2 Anexo 2. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – TEST DE YESAVAGE

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT

Estudio transversal analítico sobre la prevalencia de depresión en el adulto mayor de marzo del año 2018 a junio del año 2019.

ENCUESTA

INSTRUCCIONES:

La presente encuesta consta de 2 SERIES DE PREGUNTAS. La pregunta será leída por el investigador y se le darán opciones de respuesta por cada pregunta. El investigador llenara la encuesta según sea sus respuestas.

No. Expediente: _____

No. Boleta _____

Fecha _____

I Serie

DATOS GENERALES

1. Edad: _____ Sexo: (M) (F)

2. Grado Académico:

Analfabeto () Alfabeto () Primaria () Secundaria () Diversificado () Universitario ()

3. Estado civil:

Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unido ()

4. ¿Trabaja?

Si ()

No ()

5. ¿Vive con familia?

Si ()

No ()

Quienes:

Cuantos:

En donde:

6. ¿Padece de alguna enfermedad?

Si ()

No ()

Enlistar enfermedades:

7. ¿Está en tratamiento?

Si ()

No ()

INSTRUCCIONES:

II Serie

Responda a cada una de las siguientes preguntas que le realiza el investigador, según como se ha sentido Ud. durante la última semana.

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?

Si () No ()

2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?

Si () No ()

3. ¿Siente que su vida está vacía?

Si () No ()

4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?

Si () No ()

5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?

Si () No ()

6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?

Si () No ()

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

Si () No ()

8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?

Si () No ()

9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?

Si () No ()

10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?

Si () No ()

11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?

Si () No ()

12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?

Si () No ()

13. ¿Se siente lleno de energía?

Si () No ()

14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?

Si () No ()

15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?

Si () No ()

- Interpretación: Población general mayor de 60 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13 y negativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15. Cada respuesta errónea puntúa 1.

- Resultado:

- 0 - 5 : Normal
- 6 - 9 : Depresión Leve
- ≥ 10: Depresión Establecida

Firma del Investigador _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT", para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que le confiere la ley cuando sea cualquier otro motivo diferente al señalado, lo que conduzca a la reproducción o comercialización total o parcial