

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE



Facultad de Ciencias de las Salud
Escuela de Medicina
Hospital General Dr. Vinicio Calventi
Residencia de Geriatría

TESIS DE POST GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI EN EL MES
DE JUNIO DEL 2023 EVALUADOS A TRAVÉS DE LA ESCALA DE YESAVAGE.

Sustentante:

Dra. Patricia Alcalá Ventura 19-1072

Asesores:

Dr. Ángel Salvador Campusano Michel, asesor metodológico

Dra. Carmen Ramírez, asesora de contenido

Los conceptos expuestos en el presente
anteproyecto de tesis son de la exclusiva
responsabilidad de su autora.

Santo Domingo, Distrito Nacional
18 de septiembre del 2023

CONTENIDO

Resumen	4
Abstract	5
Dedicatoria	6
Agradecimiento	7
Introducción	8
Capítulo 1: El Problema	10
1.2 Planteamiento Del Problema	10
1.3 Objetivos	13
1.3.1 General:	13
1.3.2 Específicos:	13
1.4 pregunta general:	13
1.4.1. Preguntas específicas:	13
1.5 Justificación	14
Capítulo 2: Marco Teórico	16
2.1 Antecedentes	16
2.2 Marco Conceptual	30
2.2.1 Definición de depresión	30
2.2.2 Efectos del envejecimiento sobre la salud mental	30
2.2.3 Síndrome depresivo en adultos mayores y sus tipos	31
2.2.3.1 tipos de depresión en adultos mayores	31
2.2.4 Epidemiología de la depresión en el adulto mayor	32
2.2.5 Etiopatogenia	33
2.2.6 factores de riesgo asociado la depresión de los adultos mayores	33

2.2.7 comportamiento y manifestaciones clínica de la depresión en adultos mayores.....	34
2.2.8 Diagnostico de depresión	36
2.2.8.1 Características clínicas para el diagnóstico de la depresión en el anciano	37
2.2.8.1.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10	37
2.2.8.1.1.2 Criterios diagnósticos según el DSM V.....	38
2.2.8.2 Instrumentos de evaluación.....	39
2.2.8.2.1 La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión.....	41
2.2.8.2 Escala de Goldberg.....	41
2.2.9 Tratamiento de la depresión en el adulto mayor.	42
2.2.9.1 Los tratamientos psicológicos	42
2.2.9.2 Farmacoterapia antidepresiva	42
2.2.9.2.1 Los antidepresivos tricíclicos.....	44
2.2.9.2.2 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) 44	
2.2.9.2.3 Los Inhibidores de la recaptación de NA y 5-HT (IRNS)	45
2.2.9.2.4 Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)	46
2.2.10 Duración del tratamiento	47
2.2.11 Prevención de la depresión en el anciano	47
Capítulo 3: Diseño Metodológico.....	50
3.1 Tipo De estudio.....	50
3.2 Variables y su operacionalización	50
3.3 Demarcación Geográfica	52
3.4 Selección De Población Y Muestra.....	52
3.5 Criterios de inclusión	53
3.6 Criterios de exclusión.....	53

3.7 Instrumento de recolección de datos	53
3.8 Procedimientos	53
3.10 Principios éticos	54
Capítulo 4: Resultados	55
Capítulo 5: Dicusión	72
Capítulos 5.1: Conclusiones	75
Capítulo 6: Recomendaciones	77
Referencias Bibliográficas	79
ANEXOS 1: Cronograma de actividades	85
ANEXOS 2: Certificado de ética	86
ANEXOS 3: Formulario de recolección de variable sociodemográfica	87
ANEXOS 4: Escala de depresión geriátrica de Yesavage gds-30	88
ANEXOS 5: Consentimiento informado	89

Resumen

Introducción: La depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento. Es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional en el que participaron 60 pacientes. Se aplicó un cuestionario de preguntas generales sobre variables sociodemográfica y algunas preguntas del ámbito sociofamiliar del paciente de autoría propia y se aplicó la escala de depresión geriátrica-Test de Yesavage de 30 preguntas con respuestas dicotómicas. El análisis de los datos obtenidos se realizó con Microsoft Excel.

Resultados: El 77% de los pacientes del estudio fueron normales, un 21 % presentó síntomas de depresión leve y un 2% presentó depresión severa. El sexo prevalente en nuestra investigación fue femenino en 63%, la edad con mayor incidencia en la investigación fue de 75 a 80 años, representando un 22% en pacientes sin depresión, la edad de prevalencia en pacientes con depresión leve era de 65-69 años con depresión leve y de 81 años o más con depresión severa representado por un 2% del total de la muestra. Se estableció que el estado civil con mayor rango fue el de solteros tanto para pacientes normales (23%) como con signos de depresión leve (8%). El 62% de los pacientes del estudio tenían educación primaria incompleta, el 63% residía en área rural.

Conclusión: De la muestra estudiada podemos llegar a la conclusión que la mayoría de los pacientes adultos mayores que acudieron a la consulta de geriatría del hospital Dr. Vinicio Calventi en el mes de junio no tenían datos de depresión establecida.

Palabra clave: Depresión, adultos mayores, frecuencia, medidas preventivas.

Abstract

Introduction: Depression is a mental illness. It is a mood disorder in which feelings of sadness, loss, anger, or frustration interfere with daily life for weeks or longer. Depression in older adults is a widespread issue, but it is not a normal part of aging. Often, it goes unrecognized and untreated. It is a sad mood, a mood disturbance in which sadness is pathological, disproportionate, deep, and encompasses the entirety of one's being.

Materials and Methods: A descriptive, cross-sectional, prospective, and observational study was conducted involving 60 patients. A questionnaire of general questions about sociodemographic variables and some questions about the patient's socio-familial context, authored by us, was administered. The Geriatric Depression Scale-Yesavage Test consisting of 30 dichotomous questions was also administered. Data analysis was performed using Microsoft Excel.

Results: 77% of the study patients were considered normal, 21% exhibited symptoms of mild depression, and 2% presented severe depression. The prevalent gender in our research was female, accounting for 63%. The age group with the highest incidence in the study was 75 to 80 years, representing 22% among patients without depression. The prevalent age for patients with mild depression was 65-69 years, and for severe depression, it was 81 years or older, representing 2% of the total sample. It was established that the most prevalent marital status was single, both for normal patients (23%) and those with signs of mild depression (8%). 62% of the study patients had incomplete primary education, and 63% resided in rural areas.

Conclusion: From the studied sample, we can conclude that the majority of older adult patients who attended the geriatric consultation at Dr. Vinicio Calventi Hospital in the month of June did not exhibit established signs of depression.

Keyword: Depression, older adults, frequency, preventive measures.

Dedicatoria

A Demetrio Alcalá mi padre, Carlos Ventura mi abuelo y a Máxima Guerrero mi abuela, quienes partieron antes de ver este sueño cumplido y quienes sin duda fueron mi motivación para ser geriatra. Hoy estoy aquí dedicándole este trabajo de investigación que no solo significa la conclusión con éxito de esta carrera, sino que es un símbolo de la perseverancia.

Agradecimiento

A Dios porque ha sido mi fuerza y sostén para concluir este proceso que muchas veces se tornó difícil.

A mi familia por el apoyo brindado siempre, el cual me ha llevado hasta aquí. siempre han sido mi paz y refugio, en especial a mi madre Dominga Ventura, mujer valiosa que me enseñó a luchar por mis sueños.

A mis amigos porque bien dicen que quien ha encontrado un amigo, ha encontrado un tesoro y los míos son piezas invaluables en el duro camino que fue conseguir esta meta; gracias por darme esperanza cuando yo solo tenía ganas de rendirme. Agradecer de forma especial a Danilo que siempre estuvo y esta para hacer mi vida más fácil. Siendo ese amigo incondicional que me mantiene con los pies en la tierra. A David quien llego a mi vida sin avisar y se convirtió en ese amigo incondicional con quien pude y puedo contar en los momentos de crisis, quien nunca me abandono y me motivo a continuar día a día.

A mis asesores Dr. Ángel Salvador Campusano y Dra. Carmen Ramírez, por su paciencia y sabiduría, por hacer que este proyecto llegara con éxito a su final.

Al hospital Dr. Vinicio Calventi, mis maestros y coordinadores de enseñanza, autorizados y sobre todo a ese equipo maravilloso de enfermería quienes me acogieron y en el proceso me enseñaron a dar cada día lo mejor de mi para lograr mis metas.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vejez es el período de la vida en el cual el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hace cada vez más manifiesto en comparación con períodos anteriores. (Gómez Ayala, A. E. 2007). La senectud es una etapa de la vida en la que interactúan diversos factores: biológicos, sociales y psicológicos que pueden conllevar a un envejecimiento saludable o exitoso, o a un envejecimiento patológico y los cambios que experimentan los adultos mayores se asocian con factores de riesgo para la aparición de problemas de salud mental entre ellos la depresión. (Rodríguez-Vargas y Cols. 2022).

La depresión es el trastorno del estado del ánimo más común en la persona adulta mayor (PAM). Sus manifestaciones clínicas y complicaciones potenciales van más allá de la esfera de la salud mental, impactando en la salud general, la funcionalidad, el desempeño familiar y social. De acuerdo al CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental común y a nivel mundial, más de 350 millones de personas de todas las edades la padecen; además, es la principal causa de discapacidad que contribuye a la carga mundial de morbilidad general, donde las mujeres se ven más afectadas que los hombres. Asimismo, se informa que es más frecuente entre las PAM, sin embargo, generalmente se pasa por alto y las personas afectadas no suelen recibir tratamiento. Lo anterior, indica que una de cada 20 personas, tuvo al menos un episodio de este padecimiento el año anterior. (Becerra Pino y cols. 2018)

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La depresión en las PAM se considera multifactorial, debido a que están expuestas a diferentes factores de riesgo, tanto psicosociales como biológicos, por deterioro y múltiples comorbilidades. La interacción entre las enfermedades

físicas y la depresión es compleja, sin embargo, existe una relación interdependiente entre ambas.

A partir de lo antes expuesto nuestra investigación plantea la necesidad de identificar la frecuencia de depresión en los adultos mayores con la finalidad de identificar síntomas atípicos, realizar un diagnóstico oportuno y la creación de medidas preventivas con la finalidad de mejorar la calidad de salud física, social y mental de la población en estudio y los adultos mayores en general.

Capítulo 1: El Problema

1.2 Planteamiento Del Problema

El aumento de la esperanza de vida es uno de los cambios sociales de gran impacto en este siglo. Esto trae consigo un aumento de los adultos mayores en el mundo, quienes debido al envejecimiento sufren pérdidas afectivas, físicas y sociales que originan en su mayoría actitudes negativas acerca de sí mismos o la vida, por lo que toma importancia evaluar la situación física y mental de esta población. (Failoc-Rojas, V. E., & Del Piélago Meoño, A. 2021)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión afecta a un número mayoritario de 300 millones de personas en el mundo. Se han realizado estudios que señalan factores de riesgo y grupos vulnerables, dentro de estos últimos se incluyen los adultos mayores. (Rodríguez-Vargas y Cols. 2022)

La depresión en los mayores es un problema importante de salud, se puede considerar como la enfermedad psiquiátrica más frecuente en ancianos en países desarrollados, y se asocia al sufrimiento y al incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud. La prevalencia de depresión en ancianos es del 13,5% a nivel mundial. Sin embargo, en un estudio europeo realizado con personas que viven en la comunidad es del 12,3% aunque se observan diferencias entre países orientales y occidentales, mientras que en el caso de España se sitúa en el 14%.

La depresión en adultos mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

(Organización Mundial de la Salud. 2017). La prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años y hospitalizados es alrededor del 40%; en residencias del 30% y, del 8-15% quienes viven en la comunidad. (Becerra Pino, y cols .2018)

Se han identificado algunos factores de riesgo específicos de depresión en los ancianos como son: comorbilidad, trastornos neurológicos, factores psicosociales, c social y estresores de la vida. Conocer los factores asociados a esta patología en nuestro entorno, nos permitirá diseñar acciones dirigidas a mejorar la salud de las personas mayores. (Molés Julioy cols. 2019)

La depresión presenta síntomas anímicos (tristeza, irritabilidad, anhedonia), síntomas somáticos (disminución de peso, insomnio o hipersomnia, fatiga, alteraciones sexuales), síntomas del pensamiento (visión negativista, ideas de inutilidad y culpa, depresión delirante) y síntomas conductuales (disminución en la concentración y la atención, memoria, actividad psicomotriz, descuido del aseo). Aunque un porcentaje de pacientes ancianos padece de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de depresión mayor o distimia, algunos autores lo clasifican como “depresiones subclínicas”; siendo tratados en muchos casos como episodios depresivos. En general, los síntomas somáticos y físicos es la presentación clínica más frecuente en el paciente anciano en comparación con la población adulta joven donde imperan los síntomas psíquicos. Muchos ancianos y familiares no informan sobre los síntomas depresivos dado que los atribuyen al mismo proceso de envejecimiento o procesos de salud que padecen. Todos estos factores asociados a trastornos cognitivos pueden dificultar al clínico sobre el diagnóstico de esta patología. La persona anciana con depresión puede presentarse como poli consultante, con múltiples síntomas somáticos, dolencias médicas nuevas o exacerbaciones de síntomas cardiopulmonares, gastrointestinales, dolores articulares, deterioro funcional, fatiga, insomnio, alteraciones del apetito, entre otros. Estudios enmarcan la alta prevalencia que existe en desarrollar depresión psicótica en adulto mayor deprimido en comparación con adultos jóvenes. (Chavarría Araya, J. (2015)

En la vejez resulta complicado realizar un adecuado diagnóstico de esta enfermedad, debido a que los ancianos presentan unas particularidades clínicas que hay que tener en cuenta. La presencia de múltiples enfermedades crónicas, la distorsión de ciertos síntomas o asociarlos al propio envejecimiento podrían derivar en un infra diagnóstico de esta enfermedad. (Seguro Baranda, A. 2019).

Sabiendo esta información y conociendo lo riesgo de la depresión en el adulto mayor, es imperante la realización de este tipo de investigaciones, que no solo ofrecerá beneficio a la población de adultos mayores, sino, que también tendrá un aporte académico a nuestra especialidad, que, dará paso a investigaciones posteriores, ya que debido al impacto y trascendencia de esta enfermedad necesitamos contar con información local que nos sirvan de guía y nos permita lograr realizar la identificación de los síntomas atípicos de depresión en PAM, el diagnóstico y manejo oportuno, así como una prevención de complicaciones. Por estas y más razones consideramos la necesidad de esta investigación.

¿Cuál es la frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital Dr. Vinicio Calventi?

1.3 Objetivos

1.3.1 General:

Identificar la frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital Dr. Vinicio Calventi.

1.3.2 Específicos:

- Determinar el porcentaje de paciente que padecen depresión
- Determinar las principales variables sociodemográficas
- Identificar las afecciones clínicas de base del paciente
- Identificar el número de medicamentos usados por el paciente que pudiesen interferir en su estado de animo
- Identificar los síntomas depresivo más frecuentes presentados por los participantes del estudio

1.4 pregunta general:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en los adultos mayores que acuden a nuestro servicio de Geriatría?

1.4.1. Preguntas específicas:

- ¿Cuáles son los factores asociados a la depresión en adultos mayores?
- ¿Cuáles son las variables sociodemográficas más frecuentes afectadas en esta patología?
- ¿Cuáles son las afecciones clínicas más frecuente en estos pacientes?
- ¿Cuáles el número de medicamentos usados por este grupo de paciente estudiados?
- ¿Cuáles son los síntomas que prevalecen los pacientes con depresión?

1.5 Justificación

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La depresión se encuadra dentro del marco de los trastornos afectivos (del humor) cursando con síntomas muy amplios. Dichos síntomas se encuadran desde lo puramente sentimental - tristeza, pesimismo, ánimo bajo - hasta síntomas somáticos, dando anomalías en la entrevista diagnóstica.

Es evidente que no pueda hablarse de un único agente etiológico de la depresión. Es preciso tener en cuenta la vulnerabilidad psicológica de la persona, así como circunstancias que bloqueen la capacidad de enfrentamiento: se incluye el estrés, el tabaquismo y el consumo de alcohol, el desempleo y una alimentación poco saludable, además de enfermedades crónicas.

El gran problema diagnóstico de la depresión y de las enfermedades mentales es la no existencia de un síntoma definitorio que marque el diagnóstico de certeza deseado. Esta es la razón por la que aparece el llamado signo “Fenómeno de iceberg”, en el que un gran número de depresiones nunca llegan a ser tratadas. (Gómez Conte, R., & Cols. 2020).

Buscamos con esta investigación no solo determinar la frecuencia de depresión y explorar la posible relación entre la depresión y los factores sociodemográficos, identificar la prevalencia de patologías que puedan ser afín y que puedan llevar a nuestro paciente a presentar síndromes geriátricos concomitante a la depresión, que puedan llevar al adulto mayor a un deterioro funcional, mental, físico y social y con esto aumentar las morbimortalidades del paciente geriátrico.

Luego de una revisión exhaustiva de la literatura mundial en materia de depresión en adultos mayores, hemos notado que la mayoría de las investigaciones realizadas en la última década han elegido como instrumento de evaluación la escala de depresión geriátrica o de Yesavage de 15 ítems por lo que consideramos necesaria la realización de más investigación utilizando la escala original de 30 ítems, debido que, con la utilización de menos preguntas se pueden obviar síntomas de depresión, recordando que muchas veces los adultos mayores pueden tener una presentación atípica o depresión enmascarada que con el instrumento más corto se pudieran obviar.

Nuestra investigación busca identificar síntomas más específicos y detallado presentados por nuestra población de estudio, haciéndolo de forma exhaustiva, Por lo tanto, es importante abordar la depresión en los adultos mayores y hacer una investigación rigurosa sobre este tema puede proporcionar información valiosa sobre cómo prevenir y abordar la depresión, Además, esta puede contribuir con una mejoría significativa de la calidad de vida del paciente, así como mejorar el abordaje clínico y terapéutico oportuno por parte del personal de salud y prevenir deterioro clínico, funcional y social en esta población vulnerable.

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1 Antecedentes

El estudio publicado por **Lligusupa Peláez v y cols.** titulado **Nivel de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel en el periodo julio-agosto 2017.** Tuvo como objetivo determinar los niveles de depresión en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina interna del **Hospital Homero Castanier Crespo en Azoques, Ecuador.** Se efectuó una investigación descriptiva y transversal durante el período julio-agosto 2017, se estudiaron 82 adultos mayores de 65 años que aceptaron participar en el estudio. Se registraron edad, sexo, residencia, escolaridad, estado civil, comorbilidades; se aplicó la Escala de Depresión de Yesavage (GDS-15) para valorar síntomas depresivos en el adulto mayor. La población estudiada estuvo conformada por 43.9% hombres y 56.1% mujeres. El 35.3% de los adultos mayores presentaron depresión leve, el 11% depresión establecida y el 53.7% no presentaron rasgo depresivo. El grupo etario de 75 a 84 años y el género femenino presentaron mayoritariamente rasgo depresivo. Concluyendo, la prevalencia de depresión encontrada supera a la descrita a nivel nacional. No se encontró asociación entre las comorbilidades y depresión, según el cuestionario de Yesavage. Las percepciones negativas hacia las vivencias en este ciclo de vida, en conjunto con la sensación de soledad, desesperanza, pérdida de interés en actividades cotidianas y temor, influyen en los síntomas de depresión y en el deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores.

Lezcano H y cols. En 2017 realizaron una investigación titulada **características y utilidad de la escala de depresión geriátrica en adultos mayores panameños.** Los objetivos fue Analizar la utilidad de la GDS para detectar síntomas depresivos clínicamente relevantes en adultos mayores que acuden a la consulta externa de Geriátrica del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (C.H.Dr.A.A.M.). Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se seleccionaron adultos mayores de 65 años o más del estudio Panamá Aging Research Initiative (PARI). Un total de 423 participantes fueron reclutados en el estudio. De éstos, 144 participantes completaron la evaluación

psiquiátrica y la GDS-30 en su versión en español. RESULTADOS. El 16.7% de los participantes recibieron diagnóstico de depresión luego de la entrevista psiquiátrica. El valor predictivo positivo de la GDS-30 fue de 44.4% y el valor predictivo negativo fue de 92.6%. CONCLUSIÓN. Por el alto valor predictivo negativo de la GDS, se recomienda su uso para descartar casos en los que no existe depresión, aplicándolo como instrumento de tamizaje en los controles de salud de adultos mayores.

En 2018 **Castillo, J. M., y cols.** realizaron una investigación titulada **Incidencia de enfermedad depresiva en adultos de la tercera edad, en Arroyo Hondo, Peravia, República Dominicana, durante el período noviembre-diciembre 2018.** La presente investigación fue de carácter prospectivo, ya que los datos fueron recolectados durante el período noviembre-diciembre 2018, de fuentes primarias; descriptivo, ya que los datos fueron expuestos tal y como se presentaron, y de corte transversal debido a que no se realizó un seguimiento de las variables estudiadas luego de terminado el período de recolección de datos. La población de estudio estuvo conformada por todas las personas mayores de 65 años que pertenecen a la comunidad de Arroyo Hondo, municipio Matanzas, provincia Peravia, República Dominicana, o acudieron a la UNAP de dicha comunidad, durante el período noviembre-diciembre 2018. La población del presente estudio es de 421 personas. La muestra fue seleccionada a partir del uso de una fórmula estadística para dicho fin, la cual utiliza la población a estudiar, el nivel de confianza, la proporción esperada y la precisión deseada. El resultado fue de 201 personas de una población de 421 para un nivel de confianza de 95 %, con una precisión de un 3 % y un 10 % de casos como proporción esperada. En cuanto a los criterios de inclusión, se determinaron los siguientes: tener más de 65 años; ser residente de la comunidad de Arroyo Hondo o haber asistido a la UNAP “Clínica Rural Arroyo Hondo” y estar de acuerdo en participar en la investigación. Resultados fueron 168 (84 %) personas no tenían síntomas depresivos; 29 (14 %) se encontraban en el rango de depresión leve y 4 (2 %) en el de depresión establecida. Entre las comorbilidades se encontraron HTA, DM, dislipidemia, ECV, entre otras y las Conclusiones fueron que 33 de las personas tienen síntomas depresivos. El pico de mayor incidencia ocurrió entre 75-85 años y, en

cuanto al estado civil, los viudos padecieron en mayor frecuencia depresión leve; en los casados se encontraron 2 de los 4 casos de depresión franca. La comorbilidad más frecuente fueron la HTA, seguida de DM y trastornos dislidémicos.

Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales en la Casa de Reposo Mi divino Niño Jesús. Distrito de Morales Chaglacayo, Perú periodo abril – setiembre 2018. Investigación fue realizado por **Velazco flores L y cols.** La investigación tuvo como objetivo determinar la depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales de la casa de reposo mi Divino Niño Jesús. Distrito de Morales. Periodo Abril-Setiembre 2018, el estudio fue de tipo observacional, analítico de enfoque cualitativo, de diseño descriptivo transversal, la muestra estuvo constituido por 23 adultos mayores, utilizando como técnica la entrevista y como instrumento cuestionario. En los resultados obtenidos dentro de las características sociodemográficas, se puede evidenciar que el 60,87% (14) son de sexo masculino, el 39.13% (9) son viudos, el 34,78% (8) se encuentran entre las edades de 65 a 75 años de edad, el 39.1% tienen estudios primarios, el 47,83% (11) su ocupación es su casa, el 47.8% (11) presentan depresión leve, seguido de un 34.8% (8) depresión normal y un 17.4% (4) presentan depresión severa, en cuanto a los determinantes biológicos; la edad está relacionado al nivel de depresión leve con un 26.09% (6), el género está relacionado al nivel de depresión leve con un 34.78% (8), el estado nutricional está relacionado al nivel de depresión leve con un 39.13% (9), los antecedentes patológicos personales están relacionados al nivel de depresión leve con un 39.13% (9), los antecedentes patológicos familiares están relacionados al nivel de depresión leve con un 47.83%. (11), en los determinantes psicológicos; las relaciones con los demás están relacionados al nivel de depresión leve con un 47.83% (11), el Neurotismo está relacionado al nivel de depresión leve con un 39.13% (9), los grupos por tipos de personalidad están relacionado al nivel de depresión leve con un 30.43% (7) y en determinantes sociales; el estado civil está relacionado al nivel de depresión leve con un 30,43%% (7), la procedencia está relacionado al nivel de depresión normal con un 39,13% (9), las necesidades de comunicación social están relacionado al nivel de depresión leve con un 34,78%

(8), los servicios básicos están relacionados al nivel de depresión leve con un 39.13% (9), el acceso al sistema de salud está relacionado al nivel de depresión leve con un 52,17%. (12), la convivencia está relacionado al nivel de depresión leve con un 43,48% (10), la situación familiar está relacionado al nivel de depresión leve con un 60,87% (14); así mismo se evidencia que 7 adultos mayores presentan factores psicológicos relacionado al nivel de estrés leve con un 43.75%, A sí mismo 5 adultos mayores presentan factores biológicos relacionados al nivel de estrés leve y 4 adultos mayores presentan factores sociales relacionados al nivel de estrés leve, con un 25.00%.

Prevalencia de depresión en adultos mayores que asisten a consulta externa de un hospital público, Quito 2018. Fue un estudio realizado por Calderón Mason D. y cols. en 2018 cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de depresión e identificar factores asociados en personas mayores de 65 años en la consulta externa de un hospital público, 2018. Este fue un estudio observacional, descriptivo, transversal. La muestra fue de 365pacientes adultos mayores y el muestreo no probabilístico, secuencial. Fueron excluidos pacientes con deterioro cognitivo importante, Índice de morbilidad de 3 o más y personas que se negaron a participar. Se aplicó encuesta elaborada en que constaban datos demográficos, Índice de Katz, escala sociofamiliar de Gijón y para realizar el diagnóstico se usó la entrevista MINI (International Neuropsychiatric Interview). Se calculó proporción de depresión y se estableció asociación con chi de homogeneidad y Odds ratio de prevalencia. La prevalencia de depresión actual en la muestra estudiada fue 25,8% con un 14,8% de episodio depresivo leve. Un 27,2% de personas deprimidas presentaron episodio recurrente. Se encontró asociación significativa de depresión con dependencia con OR de 3,107(1,250-7,722), situación de riesgo social con OR de 2,853(1,746-4,659) y malas relaciones sociales con OR de 1,748(1,064-2,872). CONCLUSION. La prevalencia de depresión en la población estudiada es alta y los adultos mayores dependientes y en riesgo social son más proclives a deprimirse.

Polar Apaza, Soledad realizo En 2019 El Estudio Titulado “**Nivel De Depresión En Adultos Mayores Del Asilo Apaktone De Madre De Dios, en Puerto**

Maldonado, Perú 2019". Este proyecto investigativo tuvo como objetivo primordial: Determinar el nivel de depresión en adultos mayores del asilo Apaktone de Madre de Dios. El cual conto con una población y la muestra de 23 adultos mayores. En vista que la población de esta investigación es reducida se consideró como muestra el total de dicha población. Llegando a la conclusión: que la depresión si existe en los adultos mayores en el 60,87% institucionalizado en el Apaktone -Puerto Maldonado 2019 por lo que se acepta la hipótesis proyectada

Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos "Corazón de María" fue un estudio de investigación realizado por **Ibarra Araujo Alex** en el cual tuvo como propósito, determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores abandonados en los asilos. Este fue realizado en el Hogar de Ancianos "Corazón de María" con una muestra de 40 adultos mayores residentes del lugar en el año 2019. La investigación fue fundamentada en la teoría cognitiva de Piaget con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, no experimental. Los instrumentos que se utilizó fue una encuesta sociodemográfica y La escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage. Los resultados arrojados por la prueba GDS demostró que existe un 40% con depresión leve de la totalidad de los adultos mayores encuestados y suman 70% entre depresión leve y severa. Sin embargo, el grupo de las mujeres presenta más casos con Depresión de entre leve y severa a diferencia del grupo los hombres, 83.33% y 59.09% respectivamente. Por lo tanto, se concluye que aún existe un alto índice de depresión entre las personas adultas mayores que son internadas y abandonadas en los asilos.

Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán. El objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores en una Unidad de Medicina Familiar (umf) de Michoacán, México y su asociación con el género, la escolaridad y la edad, el método de estudio transversal analítico. Participaron adultos mayores de 60 a 84 años en la umf No. 5 de Sahuayo, Michoacán, de marzo a junio de 2019, se utilizó el test de Yesavage. El género, el grado de escolaridad y la edad fueron consideradas como factores asociados. Se utilizo la prueba de χ^2 para identificar

las diferencias de proporciones entre los factores asociados y r de Spearman para determinar correlación. Resultados: se incluyó a 117 adultos mayores. La prevalencia de depresión en la muestra fue de 40.17%. No se observaron diferencias en la proporción por género (femenino: 53.85% y masculino: 46.15, $p= 0.79\%$), en el grado de escolaridad (primaria: 82.91%, secundaria: 11.97%, preparatoria: 3.42% y licenciatura: 1.71%, $p= 0.57$), o en la edad ($p>0.05$). El análisis de correlación no mostro asociación entre ninguna de las variables. Se concluyen que la prevalencia de depresión en adultos mayores fue mayor a la reportada en otros grupos; no obstante, en la muestra estudiada no se observaron las asociaciones con el género, la escolaridad y la edad, aspectos que se han reportado previamente. La depresión en los adultos mayores es una patología que se encuentra subdiagnosticada y no manifiesta un rasgo determinante, por lo que el médico de primer nivel deberá realizar una búsqueda intencionada.

Depresión en adultos mayores residentes del municipio de Tumbalá estado de Chiapas, México (2020) de la autoría de Montiel R y cols. Se realizó un estudio transversal, prospectivo, analítico y de carácter exploratorio con la finalidad de valorar la prevalencia de depresión en los adultos mayores residentes del municipio de Tumbalá estado de Chiapas; así como determinar si existe diferencia entre la prevalencia de depresión de los adultos mayores que actualmente residen en la zona rural con aquellos que residen en la zona urbana de este municipio. La valoración se hizo mediante la aplicación de un cuestionario que incluía la Escala Yesavage GDS-30, la cual es recomendada para la detección inicial de la depresión en adultos mayores. Los resultados fueron concentrados en una Hoja de Cálculo Microsoft Excel Office 365 y en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 23, con los cuales se calculó la prueba estadística U de Mann-Whitney la cual se utiliza para la comparación de muestras independientes, considerando una $p<0.05$ como estadísticamente significativa. En este estudio se concluyó que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia de depresión de los adultos mayores que residen en la zona rural con aquellos que residen en la zona urbana del municipio de Tumbalá estado de Chiapas, sin embargo, la prevalencia de

depresión en adultos mayores de igual o más de 60 años en este municipio es de 27.1%

Depresión en la tercera edad investigación realizada por Malvin Rodríguez-Vargas y cols. hicieron una investigación con la finalidad de Determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores de las casas de abuelos del municipio Holguín, Cuba. Tuvo un enfoque cuantitativo se realizó un estudio descriptivo entre agosto de 2019 y marzo de 2020. El universo estuvo constituido por 84 adultos mayores de las casas de abuelos del municipio Holguín. Se seleccionaron 66 adultos mediante el cálculo de la fórmula en el paquete estadístico EPIDAT 3.1. Se consideraron variables sociodemográficas, los antecedentes psicopatológicos personales, la funcionabilidad, el funcionamiento cognitivo y la depresión. Se utilizaron la entrevista semiestructurada, el mini-examen del estado mental, la escala de depresión geriátrica de Yesavage, el índice de Katz, la escala de Lawton y la revisión documental. Los resultados se procesaron en el Epidat 3.1 y Med Calc. Resultados: Un porcentaje menor de sujetos presentó depresión. Obtuvieron mayores por cientos los del sexo masculino, del rango de edad de 71-80 años, blancos, con nivel de escolaridad primario, viudos, con hijos, que vivían solos, con enfermedades crónicas, antecedentes personales de trastorno mental y sin deterioro cognitivo. Las Conclusiones a la que llegó esta investigación La frecuencia de depresión en los adultos mayores de las casas de abuelos del municipio Holguín fue baja. Predominó la depresión en sujetos de sexo masculino, blancos, del rango de edad de 71-80 años, con nivel de escolaridad primario, viudos, que viven solos, con hijos, enfermedades crónicas, con antecedentes personales de trastorno mental y sin deterioro cognitivo.

Salinas, A. T. (2020). Depresión en adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo psicosocial en entornos rurales y urbano de la provincia de Misiones, Argentina. Las investigaciones actuales indican que los cambios que acompañan el envejecimiento (sensación de inseguridad, modificación del modo de vida, restricción del entorno social, pérdida de familiares y amigos, y menor autonomía psico-física) pueden favorecer la aparición de síntomas

depresivos. Sin embargo, resultan escasos los estudios que abordan esta temática incluyendo los ámbitos rurales. Por ello, el presente trabajo busca identificar el riesgo de depresión y los factores psicosociales predisponentes en adultos mayores de ámbitos rurales y urbanos. Para este fin, se realizó un estudio descriptivo-comparativo. Participaron 80 personas mayores a 65 años de zonas rurales y urbanas del sur de la provincia de Misiones. La depresión fue evaluada con el GDS-15, y los factores predisponentes con una entrevista semiestructurada. El riesgo de depresión fue estimado mediante estadísticos descriptivos, y la comparación del estado depresivo y los factores de riesgo entre las muestras fue analizado con las pruebas t y Chi². Un análisis de regresión fue empleado para determinar el peso predictivo de los factores de riesgo sobre la depresión. El estudio arrojó valores normales y leves de depresión en ambas muestras, con mayor preponderancia en el segmento urbano (nivel leve-moderado). Los principales factores predisponentes en la población rural son la baja espiritualidad, la situación socioeconómica y los duelos recientes; y en la muestra urbana, la falta de propósito en la vida y los duelos recientes. Se observó mayor propensión a la depresión en los adultos urbanos, con niveles que llegan hasta depresión moderada en algunos casos. La diferencia puede deberse a que los adultos mayores urbanos, si bien tienen un nivel socioeconómico algo mejor, perciben un menor apoyo social, experimentan mayor soledad, tienen un propósito en la vida menos claro y definido, y un menor sentido de espiritualidad.

Mori Poetiza, JM, realizó Una Investigación Titulada **“Nivel De Depresión En Adultos Mayores Albergados En El Asilo De Ancianos “San Francisco De Asis”, Iquitos – 2020”**, el estudio fue descriptivo tiene por objetivo determinar el nivel de depresión en adultos mayores albergados en un asilo de ancianos de la ciudad de Iquitos, Perú. Se utilizó la Escala de Autovaloración de Depresión de Zung, en una muestra de 40 adultos mayores con características: 67,5% de sexo masculino, el 45,0% se encuentran en un rango de 70 a 79 años, el 82,5% tienen educación primaria y el 70,0% residen en el asilo de 5 a menos años. Según el sexo se observa que un mayor porcentaje de adultos mayores de sexo masculino presentan Depresión intensa (37,0%) y Depresión moderada a intensa (40,7%). Mientras que un mayor porcentaje de adultos mayores de sexo femenino presentan Depresión leve a

moderado (30,7%); y Límites normales (15,4%). Según la edad, se observa mayor porcentaje con Depresión Intensa en adultos mayores de 90 años a más (50,0%) y de 70 a 90 años (33,3%); con Depresión moderada a intensa en los de 70 a 79 años (50,0%) y los de 80 a 89 años (36,4%), con Depresión leve a moderada en los de 60 a 69 años (42,8%) y los de 80 a 89 años (36,4%). Y con Límites normales los de 70 a 79 años (11,1%) y los de 80 a 89 años (9,1%). Según el grado de instrucción, presentan Depresión intensa solo los de nivel primario (36,4%); con Depresión Moderada a intensa los de nivel primario (42,4%) y los de nivel superior (33,3%); con Depresión leve a moderada los de nivel secundario (50,0%) y los de nivel superior (33,3%); y con Límites normales los de nivel superior (33,3%) y los de nivel secundaria (25,0%). Según los años de residencia en el asilo, el mayor porcentaje de adultos mayores con Depresión intensa son los que residen de 16 a más años (50,0%) y los de 6 a 10 años (40,0%); con Depresión moderada a intensa los que residen de 16 a más años (50,0%) y los de 5 a menos años (42,9%); con Depresión leve a moderada los que residen de 6 a 10 años (30,0%) y los de 5 a menos años (21,4%); y con Límites normales los de 5 a menos años (10,7%). En forma global, el 30% de adultos mayores presentan depresión intensa, el 40% depresión moderada a intensa, el 22,5% Depresión leve a moderada, y el 7,5% Límites normales. Considerando los niveles de depresión desde el nivel leve al nivel intenso, se observa un 92,5% de adultos mayores con Depresión.

Gutiérrez naranjo Irene y cols. elaboro una investigación titulada **Cribado de depresión de los senescentes internos en instituciones penitenciarias.** El Objetivo de la investigación fue Conocer el perfil sociodemográfico del adulto mayor de 60 años, tras un cribado de depresión en Instituciones Penitenciarias. Mediante un enfoque exploratoria y descriptiva utilizando una estadística simple e inferencial. Fue un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y abordaje cuantitativo. Este estudio corresponde a los mayores de 60 años en Instituciones Penitenciarias de Gran Canaria, España. Se desarrolló en dos fases, la primera fase un cribado para detectar la depresión mediante la escala geriátrica de depresión de Yesavage y la segunda fase centrada en una mayor profundidad, en el conocimiento del perfil del interno, mediante un cuestionario sociodemográfico. Resultados: El estudio

fue de 81 internos. La prevalencia de depresión es de 35,8% donde no existe asociación estadísticamente significativa entre la depresión y los centros ($P=0.731$). La edad media es de 63.8 ± 5 años, siendo el 91,4% hombres, 7,4% mujeres. Según el estado civil el 44,4% son divorciados, con nivel económico bajo 35,9%, y con estudios primarios 40%. La patología predominante es del sistema circulatorio ($n=22$), como consecuencia, su farmacología.

En 2020 Salvador-Aguilar AD y cols. realizaron una investigación titulada Depresión en el adulto mayor, factor predisponente para la mala calidad de vida. En el estudio se estableció que la depresión en el adulto mayor constituye un problema de salud, por lo que se debe realizar el diagnóstico oportuno con el fin de evitar repercusiones en la calidad de vida de la persona que la padece. Este estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor, ya que lo ideal es que el adulto mayor, conforme pasan los años, merece tener una vida digna y ser un ente activo en la sociedad, pero lamentablemente con la aparición de esta patología mental que es la depresión la persona pierde la visión de la vida, yendo en declive su calidad de vida. Se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage modificada, que consta de 15 ítems interrogatorios y el cuestionario EQ-5D para valorar la calidad de vida con sus 5 dimensiones. Esta investigación es de diseño descriptivo, con enfoque cuantitativo y de tipo observacional, analítico y de corte transversal. Participaron en la investigación un universo de 71 adultos mayores del sector rural, parroquia Juan Benigno Vela. El 54,9%, presentan depresión y el 53,5% una mala calidad de vida. En el estudio se llegó a la conclusión, la depresión en el adulto mayor es una enfermedad frecuente que ocasiona un problema de salud, que conlleva a una baja calidad de vida.

Prevalencia de depresión en adultos mayores adscritos a un programa de atención social a la salud, investigación realizada por **Tavera-Vilchis M.A y cols. en 2020.** El objetivo fue determinar la prevalencia de depresión mediante la escala de Yesavage en adultos mayores adscritos al Programa de Atención Social a la Salud (pass) del Instituto Mexicano del Seguro Social (imss). Fue un estudio transversal, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, participaron 280 adultos mayores de 60 años

pertenecientes al pass de la Unidad de Medicina Familiar No. 61 del imss en el Estado de México, durante el mes de septiembre de 2020. Los participantes estaban integrados al pass y acudían regularmente a sesiones educativas. Se realizaron encuestas con base en la escala geriátrica de depresión de Yesavage de 15 elementos y se recabaron datos sociodemográficos. Se describió la prevalencia de depresión mediante proporciones y medias. Resultados: se evaluaron datos de 212 mujeres (75.71%) y 68 hombres (24.28%), con un promedio de edad de 68.25 años, el grupo de edad más frecuente fue el de 65 a 70 años, se encontró un nivel bajo de escolaridad en 74.3%; se determinó una prevalencia de depresión de 5%, del cual 71% era de sexo femenino y 29%, masculino; todos los participantes con depresión establecida se encontraban dentro de la categoría de depresión leve. La conclusión de la investigación estableció que la prevalencia de depresión identificada en adultos mayores integrados al programa pass fue baja. Se recomienda implementar más estudios para conocer el potencial beneficio de los programas de soporte sanitario en la prevención, tratamiento y disminución de enfermedades en adultos mayores.

Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. Estudio realizado por **Morales-Pachay y cols.** realizaron en 2021 la investigación que tenía como objetivo establecer los niveles de depresión en los adultos mayores de la Fundación una Vida Con Propósito. La población total para esta investigación fue de 20 adultos de la tercera edad. El principal instrumento utilizado para recopilar la información es la Escala de depresión Geriátrica Yesavage que se centra aspectos relacionados con el estado anímico. Los resultados demuestran que las nuevas adaptaciones que dejó la pandemia como el confinamiento, la soledad, el poco interés de la familia por los mayores y otros factores han desencadenado depresión en los adultos mayores manifestándolo con tristeza, ira, pesimismo, anergia, anhedonia, disminución o aumento del sueño y apetito.

El Deterioro Cognitivo Y Su Relación Con La Depresión Del Adulto Mayor A Partir De Los 65 Años En Un Sector Urbano Perteneciente Al Cantón Milagro, Ecuador investigación realizada por Moreta Herrera C.R. En diciembre 2021 se realizó estudio que tuvo como objetivo determinar la

relación del deterioro cognitivo y la depresión del adulto mayor a partir de los 65 años en un sector urbano perteneciente al Cantón Milagro. Mediante un enfoque cuantitativo, descriptivo, exploratorio y correlacional, de corte transversal, con una población total de 138 adultos mayores de 65 años en adelante. Se utilizó dos tipos de instrumentos: el instrumento empleado para la primera variable que es el deterioro cognitivo fue la prueba de las Fotos (TF); el cual evidenció que, el 62% de los encuestados se ubican en el nivel leve de deterioro; y para la segunda variable; la depresión: se empleó la escala de depresión Yesavage (GDS), donde el 95% de los encuestados se ubica en el nivel moderado. Una vez aplicado cada instrumento, se pudo concluir que existe una relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en el adulto mayor, por cuanto, el resultado, $r = 0,05$ lo cual era lo establecido para la comprobación de la hipótesis, la mayoría de este grupo de estudio presentó un deterioro leve, pero un nivel de depresión fue moderado, por lo que se afirma que, es inexistente esa relación entre las variables.

Calvo Rodríguez, M y cols. (2021) Realizó una Investigación Titulada Depresión En Adultos Mayores Pertenecientes A La Unidad Luz Y Esperanza Mies-Guaranda, Ecuador. En este estudio se plantea que la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes a nivel internacional. La OMS (2021) señala que es el trastorno más común en personas mayores de 60 años, destacando su etiología compleja y las severas consecuencias que ocasiona en quienes la padecen. El objetivo general de la investigación fue caracterizar la depresión en adultos mayores pertenecientes a la unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda mediante un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La selección de la muestra fue no probabilística y quedó conformada por 17 adultos mayores. Se utilizó como instrumento de investigación la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage utilizándose para el análisis de los datos la estadística descriptiva (frecuencias, porcentaje y tablas cruzadas). Se utilizó como instrumento de investigación la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage utilizándose para el análisis de los datos la estadística descriptiva (frecuencias, porcentaje y tablas cruzadas). Se obtuvo como resultados que la depresión, probable y establecida, se presentó en 7 adultos mayores de los cuales 6 son mujeres. Los síntomas depresivos más

frecuentemente referidos fueron la pérdida de energía, dificultad con la memoria, desesperanza y estado de ánimo deprimido. No se encontró mayor frecuencia de presentación de la depresión en relación con la edad. Se recomendó.

Calidad de vida y depresión en el adulto mayor no institucionalizado. Centro de Salud N°3. Riobamba, Ecuador en 2022. Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Psicólogas Clínicas Autor de la autoría de **Quintana Montes KJ y cols.** La presente investigación tuvo como objetivo analizar la calidad de vida y la relación con la depresión en los adultos mayores no institucionalizados del centro de salud N.3 de la ciudad de Riobamba. La calidad de vida es un estado que genera satisfacción en las personas; sin embargo, existen factores físicos, biológicos, emocionales y sociales que llegan a generar sintomatología depresiva. Metodológicamente, tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo documental, bibliográfico y transversal, con un nivel correlacional y descriptivo; los métodos de estudio fueron, teóricos, estadísticos, empíricos e hipotéticos; la población está conformado por 91 datos clínicos tomados de una base anónima proporcionados por la institución, con una elección basada en los criterios de inclusión, la técnica de estudio fue un análisis de contenido en donde se realizó una ficha de registro de datos obtenidos de los Test Psicométricos, Cuestionario Whoqol-old de calidad de vida, en el cual se identificó que el 35% posee un nivel poco mala; en la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, el 48% presentaron depresión establecida. Llegando así a la conclusión que se evidenció la existencia de una correlación entre las dimensiones de la calidad de vida con la depresión en adultos mayores no institucionalizados del centro de salud N.3 de la ciudad de Riobamba, es relevante considerar la vulnerabilidad y estabilidad económica de los adultos mayores, así como también la soledad y el miedo a enfrentarse a la muerte, lo cual ha desarrollado sintomatología depresiva.

Nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. Comuna Olón. Provincia de Santa Elena, Ecuador, en 2022, estudio realizado por Bernabé Rodríguez, Génesis Liliana. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental transversal y correlacional- causal. La muestra estuvo constituida por 36 adultos mayores. Para la obtención de los datos se

utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos, la Escala de Depresión de Yesavage (versión abreviada) y la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. Para el procesamiento de los datos se utilizó Microsoft Excel. En los resultados de la investigación se evidencia que el mayor porcentaje de adultos mayores que formaron parte de la investigación fueron hombres con un 53%, seguida de las mujeres con un 47%. Además, se evidencia que un 53% de adultos mayores presentan depresión moderada, seguido de un 33% con depresión grave y un 14% presentaron depresión leve. De acuerdo con la calidad de vida 67% de adultos mayores presentaron calidad de vida media y 17% presentaron mala calidad de vida y buena calidad de vida. Finalmente se puede evidenciar que existe una relación estadísticamente significativa ($0,01 < 0,05$) entre los niveles de depresión y calidad de vida en los adultos mayores, demostrando que la calidad de vida si es dependiente del nivel de depresión, por esto podemos observar que las personas que tienen sintomatología de depresión tienden a tener mala calidad de vida, a diferencia de aquellos que no presentan síntomas de depresión.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Definición de depresión

De acuerdo al DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores. (American Psychiatric Association- 2014)

2.2.2 Efectos del envejecimiento sobre la salud mental

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza (Gallo y Rabins, 1999).

El envejecimiento puede afectar de forma variable la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento (como la cognición, o la conducta) que se consideran relacionadas con la edad se deben a veces a problemas tratables (por ejemplo, la depresión, el hipotiroidismo), la rápida disminución de la cognición casi siempre se debe a una enfermedad. (Abrantes, G. G., Souza, 2019)

Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socioambientales, incluido el entorno asistencial. La depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio. Las mayores tasas de suicidio en EUA se observan entre las personas de 70 años o más. (Rivera JM. 2004)

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.

El síndrome depresivo es un trastorno del afecto, el cual puede presentarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas con episodio depresivo mayor, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, reacción de ajuste con ánimo depresivo o a manera de un trastorno orgánico depresivo (depresión secundaria). Los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edad e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante. (Sotelo-Alonso 2012)

2.2.3 Síndrome depresivo en adultos mayores y sus tipos

La depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo.

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento. Es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma. Sin embargo, se calcula que menos de un 2% de pacientes, en Atención Primaria, consulta explícitamente por tristeza. (González Molejón, J. A, 2018)

2.2.3.1 tipos de depresión en adultos mayores

Hay varios tipos de depresión que las personas mayores pueden tener:

- **Trastorno depresivo mayor:** incluye síntomas que duran al menos dos semanas y que pueden interferir con la capacidad de la persona para realizar las tareas diarias.

- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** un estado de ánimo depresivo que dura más de dos años, pero la persona posiblemente aún pueda realizar las tareas diarias, a diferencia de las personas con trastorno depresivo mayor.
- **Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos:** depresión relacionada con el consumo de sustancias, como alcohol o analgésicos.
- **Trastorno depresivo debido a una afección médica:** depresión relacionada con una enfermedad separada, como una enfermedad cardíaca o esclerosis múltiple. (National Institute on Aging. 2022).

2.2.4 Epidemiología de la depresión en el adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión afecta a un número mayoritario de 300 millones de personas en el mundo. Se han realizado estudios que señalan factores de riesgo y grupos vulnerables, dentro de estos últimos se incluyen los adultos mayores. (Rodríguez-Vargas y Cols. 2022)

La depresión en los mayores es un problema importante de salud, se puede considerar como la enfermedad psiquiátrica más frecuente en ancianos en países desarrollados, y se asocia al sufrimiento y al incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud. La prevalencia de depresión en ancianos es del 13,5% a nivel mundial. Sin embargo, en un estudio europeo realizado con personas que viven en la comunidad es del 12,3% aunque se observan diferencias entre países orientales y occidentales, mientras que en el caso de España se sitúa en el 14%.

La depresión en adultos mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales

y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (Organización Mundial de la Salud. 2017). La prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años y hospitalizados es alrededor del 40%; en residencias del 30% y, del 8-15% quienes viven en la comunidad. (Becerra Pino, y cols .2018)

2.2.5 Etiopatogenia

Respecto a la etiopatogenia de la depresión en el colectivo geriátrico, conviene señalar, de entrada, que los factores etiopatogénicos son los mismos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que condicionan los trastornos anímicos en otros grupos de edad, aunque en este grupo poblacional los factores precipitantes de carácter psicosocial y somático tienen mayor relevancia en comparación con otros grupos poblacionales.

Al evaluar los acontecimientos vitales adversos capaces de desencadenar un trastorno anímico en el anciano, destaca por su mayor prevalencia el duelo, seguido por la jubilación con la consiguiente pérdida de estatus social y económico, el rechazo de la familia, la precariedad económica, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes y las enfermedades que tienen otros miembros de la familia. (Gómez Ayala, A.-E.2007).

2.2.6 factores de riesgo asociado la depresión de los adultos mayores

Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que éste se cronifique:

- Género: uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es ser mujer (las mujeres padecen depresión con más probabilidad que los hombres)
- Haber sufrido un evento cerebrovascular (depresión post-ictus)
- Padecer enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o Alzheimer
- Consumir medicamentos a diario

- Poseer un tipo de personalidad insegura con escasos recursos de afrontamiento y/o autoestima baja
- Padecer enfermedades médicas dolorosas
- Instalarse en una residencia para personas mayores
- Sufrir trastornos del sueño
- Contar con escaso o nulo apoyo social
- Vivir solo y sentir soledad
- Abusar del consumo de alcohol
- Disponer de escasos recursos económicos
- Encontrarse en un proceso de duelo
- Recibir un tratamiento antidepresivo insuficiente (únicamente el 15% de los adultos mayores con depresión se beneficia de un tratamiento adecuado). (Instituto de Capacitación y Especialización Padre Hurtado.2021)

2.2.7 comportamiento y manifestaciones clínica de la depresión en adultos mayores

La depresión es un ejemplo de enfermedad de presentación atípica e inespecífica en la población geriátrica. Dada la pluripatología de estos pacientes la depresión coexiste con otras enfermedades físicas. La principal causa de pérdida de peso en el anciano es la depresión. (Gómez Ayala, A.-E.2007).

Al analizar esta patología en adultos mayores, es necesario realizar una serie de consideraciones, que nos sitúan en un contexto distinto de lo que es el paciente depresivo en general. Primero, existen algunas variables psicosociales propias de esta edad, como el aislamiento y la declinación social, que están relacionadas con el enfrentamiento terapéutico y con algunas labores de prevención de este tipo de patología en el adulto mayor; además, la mayoría de la personas de la tercera edad reciben pensiones o jubilaciones bastante más magras que su sueldo habitual, razón por la cual suele haber una caída en su estándar de vida, salvo excepciones.

En segundo lugar está el tema de los duelos, tanto de familiares cercanos como de amigos, que afecta sobre todo a las personas de edad muy avanzada,

ya que toda su generación comienza a desaparecer, se sienten cada vez más solos y empiezan a sentir que van a ser el próximo. También se produce una disminución de la actividad física y psíquica, y, por otro lado, desde el punto de vista orgánico, suelen estar presentes una multitud de patologías que limitan al paciente a priori, antes de la patología psiquiátrica. Además, se debe considerar todo el tema farmacológico, porque habitualmente todas estas patologías requieren tratamientos independientes, algunos de los cuales favorecen la depresión o dificultan el tratamiento antidepressivo.

Por último, es importante considerar que, más allá de estas estadísticas que muestran la prevalencia de depresión mayor o de distimia, de acuerdo a los criterios CIE-10 o DSM-IV, existe una multitud de cuadros que no cumplen con estos criterios, pero que también provocan bastante disfunción, por ejemplo, en las actividades de la comunidad, como la pseudodemencia depresiva, que tiene una serie de connotaciones. (Santander, J. (2005)

La depresión se asocia con distintos síndromes geriátricos, ya sea como un precipitante o como una consecuencia de estos. Algunos ejemplos son: el abatimiento funcional, trastornos del sueño, el aislamiento, deterioro cognitivo, la polifarmacia, la deprivación sensorial, síndrome de caídas y la fractura de cadera. (Instituto Mexicano del Seguro Social. 2008).

Las pérdidas funcionales, las alteraciones cognitivas y la deprivación sensorial puede predisponer a la depresión.

Síntomas comunes: estado de ánimo triste, anergia, anhedonia, pérdida de interés por las cosas, pesimismo, disminución de la atención, alteración de la conducta, ideas de muerte, síntomas somáticos y psicóticos, trastornos de conducta, del sueño, del apetito y sexuales.

Si bien el síntoma básico es la tristeza vital, el anciano normalmente expresa su malestar como aburrimiento, apatía o indiferencia, sin que necesariamente el estado anímico sea obligatoriamente vivenciado como la mencionada tristeza.

La anhedonia es el síntoma más temprano de depresión; es característico el desinterés por todas las ocupaciones que antes le resultaban gratas y la pérdida de ilusión.

Frecuentemente, junto con la tristeza, aparece un sentimiento de angustia, que puede reflejarse tanto a nivel psíquico (nerviosismo, inquietud interior) como somático (cefaleas de tensión, bolo esofágico, meteorismo, diarreas, tensión muscular, etc.).

Otros síntomas característicos son la irritabilidad y la lentitud en el pensamiento; el paciente tiende a sentirse inseguro, se infravalora y se hace autorreproches.

Los trastornos somáticos que con mayor frecuencia forman parte del espectro depresivo son las alteraciones del sueño y del apetito. La alteración del sueño más común en los estados depresivos es el insomnio, siendo el denominado insomnio tardío, caracterizado por un despertar temprano, la variedad más típica y frecuente en los casos graves.

La depresión se asocia frecuentemente con una disminución del apetito, existiendo una proporcionalidad entre la intensidad de la alteración del apetito y la gravedad de la sintomatología del cuadro depresivo. Finalmente, conviene destacar el alto riesgo de suicidio detectado en los enfermos con depresión senil, estimado en cuatro veces mayor que en individuos deprimidos de menor edad. (Gómez Ayala, A.-E.2007).

2.2.8 Diagnóstico de depresión

El diagnóstico de las distintas formas de depresión en el anciano es esencialmente clínico y se rige por las categorías y los criterios de las vigentes clasificaciones psiquiátricas CIE-10. (Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión en las Personas Mayores. 2017)

Aunque la CIE y el DSM ofrecen un conjunto de criterios y síntomas a evaluar, estos requisitos diagnósticos deben emplearse para orientar la entrevista y el juicio clínico. La entrevista clínica es el procedimiento esencial en el diagnóstico de la depresión.

La evaluación de la depresión debe realizarse con un enfoque amplio y no debería basarse únicamente en el recuento de síntomas. Debido a que existen diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, algunas de las áreas a evaluar son:

- Caracterización del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad.
- Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).
- Grado de disfunción y/o discapacidad asociados.
- Respuesta previa al tratamiento.
- Riesgo de suicidio.

El diagnóstico empieza con una buena anamnesis, exploración física y psicopatológica, análisis (hemograma, bioquímica, TSH, vitaminas, etc.), pruebas de neuroimagen (si se consideran necesarias) y otras en casos especiales (como el test de supresión con desametaxona).

2.2.8.1 Características clínicas para el diagnóstico de la depresión en el anciano

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- ánimo depresivo
- pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- aumento de la fatigabilidad

2.2.8.1.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

(Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto 2014).

2.2.8.1.1.2 Criterios diagnósticos según el DSM V

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

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

<p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>

(American Psychiatric Association. DSM-5)

2.2.8.2 Instrumentos de evaluación

Las escalas para evaluación de la depresión en el anciano son instrumentos fundamentales para el diagnóstico. (Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión en las Personas Mayores. 2017)

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. Las escalas hetero evaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisan unos niveles elevados de formación y experiencia.

Las escalas autoevalúales o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es este último el que elige cuál de los ítems refleja mejor su estado. (González Molejón 2018)

Para realizar el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, se propone efectuar dos preguntas:

1. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido deprimido o sin esperanza?
2. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido con poco interés o placer en hacer sus cosas?

Ambas preguntas tuvieron una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 67 %, por lo que se consideran muy útiles como preguntas claves de escrutinio para hacer diagnóstico de depresión. Este es un estudio de cohorte efectuado en atención primaria. Ha sido validado y comparado con la escala de Yesavage de 30 reactivos [Geriatric Depression Scale (GDS)]. La escala de depresión geriátrica (GDS) de 30 y 15 reactivos, actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos, con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente (Instituto Mexicano del Seguro Social. 2008).

Hay que tener en cuenta que en ciertos pacientes y contextos (por ejemplo, pacientes agudos de otras enfermedades graves, servicios de cuidados intensivos) algunas de las preguntas de la GDS pueden ser inapropiadas. Otras escalas utilizadas en ancianos son la Brief Assessment Schedule (BASDEC), la Evans Liverpool Depression Rating Scales (ELDRS), y la Beck Depression Inventory (BDI). No hay hallazgos específicos en las pruebas de neuroimagen

en los ancianos. (Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión en las Personas Mayores. 2017)

2.2.8.2.1 La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión

Es una escala, hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23

2.2.8.2 Escala de Goldberg

Se trata de un cuestionario hetero administrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para

la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 . (González Molejón, y cols. 2018)

2.2.9 Tratamiento de la depresión en el adulto mayor.

Hay tratamientos eficaces para la depresión, incluidos los tratamientos psicológicos y la medicación.

Los tratamientos psicológicos son el primer tratamiento contra la depresión. Pueden combinarse con antidepresivos en casos de depresión moderada y grave. Los antidepresivos no son necesarios en caso de depresión leve.

2.2.9.1 Los tratamientos psicológicos

Los tratamientos psicológicos pueden enseñar nuevas maneras de pensar, de hacer frente a las situaciones o de relacionarse con los demás. Pueden incluir terapia conversacional con profesionales y con terapeutas no especializados supervisados.

Los tratamientos psicológicos eficaces contra la depresión incluyen:

- la activación conductual
- la terapia cognitiva conductual
- la psicoterapia interpersonal
- el tratamiento para la resolución de problemas. (OMS 2023)

2.2.9.2 Farmacoterapia antidepresiva

La depresión afecta desproporcionadamente a los adultos mayores, y suele asociarse con una alta comorbilidad, tanto física como cognitivamente, lo que retrasa su recuperación, aumenta el internamiento hospitalario o residencial a largo plazo y la mortalidad por suicidio y otras causas médicas. Por todo ello es necesario tener en cuenta las características propias que presenta la enfermedad en esta etapa de la vida para poder instaurar el tratamiento más adecuado, incluyendo el farmacológico.

La farmacoterapia es la piedra angular, aunque no la única, del tratamiento de la depresión. (Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión en las Personas Mayores. 2017)

Con respecto al tratamiento farmacológico, existen diversos grupos de antidepresivos dentro de los cuales encuentran:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (ISRS)
- Antidepresivos atípicos
- Moduladores de serotonina

Los de primera generación, los más antiguos, son:

- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)
- Antidepresivos tricíclicos (ATC)

Existen diferentes opciones farmacológicas, sin embargo, múltiples estudios muestran que la respuesta no varía mucho en cuanto a la eficacia o la velocidad en la respuesta; en cambio, sí varía en cuanto a las propiedades farmacológicas y los efectos secundarios a corto y largo plazo.

Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa han sido de los medicamentos más antiguos; pero, por sus efectos adversos y seguridad no se usan como primera línea.

Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en episodios depresivos únicos o recurrentes con gravedad moderada - grave y en casos leves cuando los síntomas son persistentes a pesar del uso de otras intervenciones como la psicoterapia, ejercicio o cambios en el estilo de vida. El tratamiento farmacológico en depresión leve lo consideran solo en ciertas situaciones, como, por ejemplo: preferencia del paciente, respuesta previa a los antidepresivos o la falta de respuesta a las intervenciones no farmacológicas. (Vergel Hernández, J., & Barrera Robledo, M. E. 2021)

2.2.9.2.1 Los antidepresivos tricíclicos

Los antidepresivos tricíclicos (ADT), denominados así por su estructura química, que se comportan como inhibidores de la recaptación de serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA), con acción antagonista sobre diversos receptores (adrenérgicos, colinérgicos muscarínicos o histaminérgicos H1. Su prototipo es la Imipramina. Estos agentes, por bloquear múltiples receptores (muscarínicos, histamina H1, α -adrenérgicos) tienen un perfil mala tolerabilidad, en especial en el anciano, por lo que se han denominado «fármacos sucios»

Dentro del grupo de antidepresivos «atípicos» o de segunda generación se incluye una serie de fármacos de estructuras químicas diversas entre los que permanecen comercializados en nuestro país, la mianserina, la maprotilina y la trazodona. Estos agentes, aunque no aportaron una eficacia antidepresiva superior a la de los clásicos tricíclicos, presentan, en general, una menor acción anticolinérgica. Por este motivo, se utilizaron especialmente en pacientes geriátricos y en aquellos pacientes que presentaban otras patologías concomitantes, sobre todo cardiopatías –a la mianserina se la denominó el antidepresivo de los cardiólogos–, si bien, en este sentido, fueron posteriormente superados por los ISRS. Por su parte, la maprotilina se ha relacionado con un aumento del riesgo de convulsiones, hecho a tener en cuenta en pacientes predispuestos. La trazodona es empleada con frecuencia en el anciano como hipnótico por su efecto antihistamínico.

Ibupropropion es un inhibidor de la recaptación de DA y NA, siendo el único representante de este grupo. En España, está comercializado como antidepresivo, como agente para la deshabituación tabáquica y asociado a naltrexona como anorexígeno. (Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión en las Personas Mayores. 2017)

2.2.9.2.2 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Este grupo incluye en la actualidad los siguientes fármacos: escitalopram, citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. Su mecanismo de acción condiciona una mejor tolerancia, menos efectos secundarios y un rango terapéutico amplio. Estos efectos secundarios incluyen molestias

gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas, dispepsias), que suelen aparecer en los primeros días y tienden a remitir en las primeras semanas; en el sistema nervioso central los más frecuentes son las cefaleas, el nerviosismo, el insomnio, la somnolencia y el aumento de la ansiedad, que aparece sobre todo al inicio del tratamiento.

Debe tenerse un especial cuidado si se usa paroxetina en pacientes ancianos, ya que este fármaco tiene un efecto anticolinérgico superior respecto a los restantes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y, además, su farmacocinética no es lineal. Al mismo tiempo, otros compuestos, como fluoxetina y paroxetina inhiben una de las isoenzimas del citocromo P450 y puede interaccionar con otra medicación que esté tomando el anciano.

La fluvoxamina, dada su acción sobre los receptores histaminérgicos, tiene un discreto efecto sedativo.

La sertralina, dada su estrecha unión a las proteínas plasmáticas, puede modificar los niveles plasmáticos de otros compuestos que también se unan estrechamente a estas proteínas (Warfarina, digoxina, etc.).

Finalmente, merece una especial mención el escitalopram, el isómero S de la forma racémica R-S citalopram, que es 100 veces más potente en la inhibición de la recaptación de serotonina en comparación con el isómero R; su resultado es una mayor potencia inhibitoria y una mayor selectividad. Clínicamente estas propiedades farmacológicas se traducen en una mayor eficacia que el citalopram, eficacia que se observa ya en la primera semana de tratamiento, a lo que unen sus menores efectos secundarios. (Gómez Ayala, A.-E. 2007).

2.2.9.2.3 Los Inhibidores de la recaptación de NA y 5-HT (IRNS)

Los Inhibidores de la recaptación de NA y 5-HT (IRNS) están representados por la venlafaxina, la duloxetina y la desvenlafaxina. La venlafaxina es fundamentalmente un ISRS y solo llega a inhibir la recaptación de NA a dosis elevadas. Sin embargo, tanto duloxetina como desvenlafaxina, son auténticos

duales ya que poseen una actividad más equilibrada sobre la recaptación de ambas monoaminas. Estos fármacos presentan una baja afinidad por otros receptores, como los histaminérgicos, dopaminérgicos, colinérgicos o adrenérgicos.

La mirtazapina es un antagonista de los receptores presinápticos α_2 adrenérgicos (auto- y heterorreceptores) y de los receptores 5-HT₂, por lo que aumenta la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica central. El bloqueo de los autorreceptores α_2 - adrenérgicos potencia la transmisión de NA, mientras que el antagonismo de los heterorreceptores α_2 , situados en la neurona serotoninérgica, potencia la neurotransmisión 5HT. La mirtazapina bloquea además los receptores 5HT₂ y 5HT₃, cuyo estímulo provocan efectos secundarios sexuales y gastrointestinales, mientras que estimula receptores 5HT₁, que contribuyen a su acción antidepresiva y ansiolítica. La mirtazapina es un potentísimo antagonista de receptores histaminérgicos H₁ lo que provoca sedación, sueño y aumento de apetito hidrogenado, efectos todos ellos a considerar en el anciano. (Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión en las Personas Mayores. 2017)

2.2.9.2.4 Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Si bien los inhibidores selectivos de la monoaminoxidasa se utilizan actualmente con mucha menos profusión, dado el amplio arsenal terapéutico actual, estos fármacos siguen siendo útiles en depresiones atípicas y en cuadros resistentes. En España está comercializada la tranilcipromina.

Como su propio nombre indica, los IMAO inhiben la monoaminoxidasa, tanto en su forma A como B.

La interacción más típica, y al mismo tiempo la más temida, es la interacción con los alimentos ricos en tiramina. Esta interacción puede conducir a graves crisis hipertensivas; es por ello que los pacientes que reciben este tratamiento deben evitar en su dieta alimentos como habas, quesos, vinos, cervezas, ahumados, patés y, en general, todos los alimentos con altos niveles de tiramina.

Otra posible interacción se puede producir con fármacos simpaticomiméticos, antiasmáticos, levodopa, medicamentos para el resfriado que contengan dextrometorfano, antidepresivos tricíclicos o antihipertensivos de acción central, como metildopa. La administración concomitante con los ISRS puede producir síndrome serotoninérgico.

En cuanto a su perfil de toxicidad incluye ganancia de peso, hipotensión ortostática, insomnio, edemas y disfunción sexual.

La posología de la tranilcipromina en adultos es de 10-15 mg/12 h, pudiendo incrementarse gradualmente la dosis hasta alcanzar un máximo de 90 mg/día.

2.2.10 Duración del tratamiento

Cuando el paciente presenta una buena respuesta al tratamiento antidepresivo hay que recordarle la necesidad de mantenerlo, ya que la retirada temprana supone un elevado riesgo de recaída. En general, se recomienda mantenerlo durante un mínimo de un año, antes de iniciar una retirada gradual.

En pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor, la recaída suele ser sumamente frecuente, por lo que se aconseja mantener el tratamiento indefinidamente a partir del tercer episodio, e incluso del segundo, si la recaída se asocia con consecuencias graves. Gómez Ayala, A.-E. (2007)

2.2.11 Prevención de la depresión en el anciano

Es difícil y complejo hablar de prevención de la depresión en la persona adulta mayor, ya que dependerá en mucho de los factores involucrados en su génesis y perpetuación, por lo tanto, las acciones encaminadas a su prevención tanto primaria como secundaria incluyen desde la presencia de una red de apoyo adecuada para los mayores de 60 años hasta la vigilancia y control farmacológico del padecimiento tanto por el médico de primer nivel de atención como por el especialista.

El pertenecer a grupos sociales y participar en actividades agradables, constructivas y que integran a la persona adulta mayor a estos grupos permite

que aumente su capital social y disminuye la posibilidad de que la persona sufra de un episodio depresivo. Los “motivos de vida” son importantes para evitar la depresión e incluso como parte esencial para la mejora de los pacientes deprimidos, por lo que el tener una buena relación con sus familiares en mucho ayuda, tanto a evitar la depresión como a mejorar de un episodio depresivo establecido.

El control de los padecimientos crónico-degenerativos como diabetes, artritis reumatoide, osteoartrosis, insuficiencia cardiaca, lumbalgia crónica, enfermedad de Parkinson, etc., comunes en la etapa de la vejez es indispensable para evitar que se presente depresión en estos pacientes, si bien es cierto que el tener un padecimiento crónico-degenerativo no es sinónimo de depresión.

La prevención de recaídas y reincidencias forma parte del abordaje general de este padecimiento por lo que en la prevención secundaria se debe tomar en cuenta que la vigilancia del tratamiento es indispensable, con la finalidad de:

- Evitar o disminuir la frecuencia de los episodios depresivos.
- Disminuir la duración de los mismos.
- Disminuir su intensidad.

También hay que hacer notar que la prevención del suicidio también es una perspectiva que siempre debe ser contemplada en la evolución de los pacientes con depresión donde el tratamiento del padecimiento es una línea de prevención básica.

La prevención de la depresión en el mayor puede realizarse a diferentes niveles:

- Prevención primaria: La presencia de una autoeficacia significativa desarrollada por los mayores, junto con una disminución del riesgo de DPI controlando los factores de riesgo cardiovascular, el uso de los fármacos antidepresivos en presencia de comorbilidad y el fomento de actividades informativas sobre las opciones terapéuticas actuales

- Prevención secundaria: Disminuyendo el riesgo de recurrencia y recaída mediante el tratamiento prolongado con fármacos antidepresivos y la psicoterapia, solos o en combinación.
- Prevención terciaria: Dirigida al manejo clínico amplio de los síntomas con el objetivo de reducir la ideación suicida. (González Molejón, J. A.,2018)

Capítulo 3: Diseño Metodológico

3.1 Tipo De estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital Dr. Vinicio Calventi en el mes de junio del 2023 a través de la escala de Yesavage.

3.2 Variables y su operacionalización

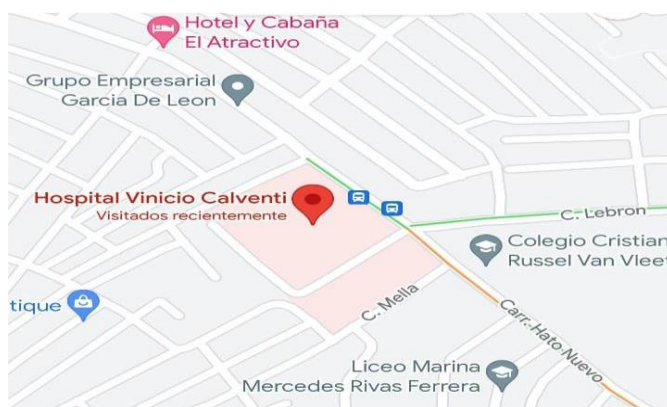
Variables	Tipo y subtipo	Definición	Indicador
Concepto de Depresión	Cualitativa nominal	La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.	Trastorno depresivo mayor Distimia Trastorno bipolar Trastorno depresivo estacional
El nivel de depresión	Cualitativa ordinal	Es la medida de la intensidad del trastorno de depresión en un individuo, ya sea leve, moderado o grave.	Leve-moderada severa
Edad prevalente	Cuantitativa discreta	La edad en la que se presenta con mayor frecuencia un trastorno o	65-69- 70-74 75-80 81 o mas

		condición médica específica.	
Sexo	Cualitativa nominal	La categorización biológica basada en las características reproductivas de una persona, siendo masculino o femenino.	Femenino Masculino
Estado civil	Cualitativa nominal	La condición legal y social de una persona en relación a su compromiso con otra persona, ya sea soltero, casado, separado, divorciado o viudo.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
Nivel académico	Cualitativa ordinal	La educación formal y el grado de instrucción que una persona ha alcanzado en su vida.	Ningún nivel Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico Profesional
Factores clínicos de riesgos	Cualitativa nominal	Cualquier condición, diagnóstico o situación que aumente la probabilidad de desarrollar una enfermedad o trastorno médico.	hipertensión diabetes hipertensión y otras enfermedades Diabetes y otras enfermedades Otras enfermedades

Factores sociales de riesgos	Cualitativa nominal	Cualquier situación o circunstancia social que aumente la probabilidad de desarrollar una enfermedad o trastorno médico.	Apoyo familiar Apoyo gubernamental Tipo de vivienda
Historial de enfermedades mentales previas	Cualitativa nominal	El registro y recuerdo de cualquier trastorno o condición médica relacionada con la salud mental que haya sido diagnosticada previamente en un individuo.	Hipertensión Diabetes Enfermedad cerebrovascular

3.3 Demarcación Geográfica

Se realizó en el Hospital Dr. Vinicio Calventi el cual se encuentra ubicado en la carretera de Hato Nuevo no. 43, frente a la calle Napoleón Bonaparte, sector La Unión, Los Alcarrizos, Santo Domingo.



3.4 Selección De Población Y Muestra

Participaron en la investigación 60 pacientes de los 220 pacientes que acudieron al servicio de consulta de geriatría del hospital Dr. Vinicio Calventi en el mes de junio del 2023.

3.5 Criterios de inclusión

En nuestra investigación estuvieron incluidos todos los pacientes adultos mayores de 65 años que acudieron al servicio de geriatría en el mes de junio y que estuvieron dispuestos y con capacidad para participar del estudio.

3.6 Criterios de exclusión

Paciente con algún grado de deterioro cognitivo o enfermedad psiquiátrica en tratamiento actual, paciente con patologías agudas, con internamiento menor a los últimos 6 meses.

3.7 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó un cuestionario que cubrió las características sociodemográficas y clínica paciente. Dicho cuestionario fue realizado por la sustentante, Así como también se aplicó la escala de depresión geriátrica o Yesavage de 30 ítems para determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores que acudieron a la consulta del servicio de Geriatría del hospital Dr. Vinicio Calventi en el mes de junio.

3.8 Procedimientos

Se procedió a tomar el examen de bioética de la universidad, una vez aprobado se procede a solicitar el permiso a las autoridades del hospital vía departamento de enseñanza, para realizar la investigación, así como se solicitó a la universidad la autorización de dicha investigación y por último se cuestionario y la escala de Depresión Geriátrica (GDS-30) de Yesavage junio 2023

3.9 Tabulación y análisis de datos

Los datos obtenidos en la investigación fueron procesados mediante un programa estadístico con la creación de una base de datos en Microsoft Excel, el cual se acompañó de cuadros y gráficos.

3.10 Principios éticos

- Confidencialidad
- No maleficencia
- Consentimiento informado

Capítulo 4: Resultados

Tabla 1. Distribución de la frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Frecuencia De Depresión		
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN	Cantidad	Porcentaje (%)
NORMAL	46	77%
DEPRESIÓN LEVE	13	21%
DEPRESIÓN SEVERA	1	2%
TOTAL	60	100,0%

Fuente: Datos recolectados de la investigación según

Elaboración: Propia

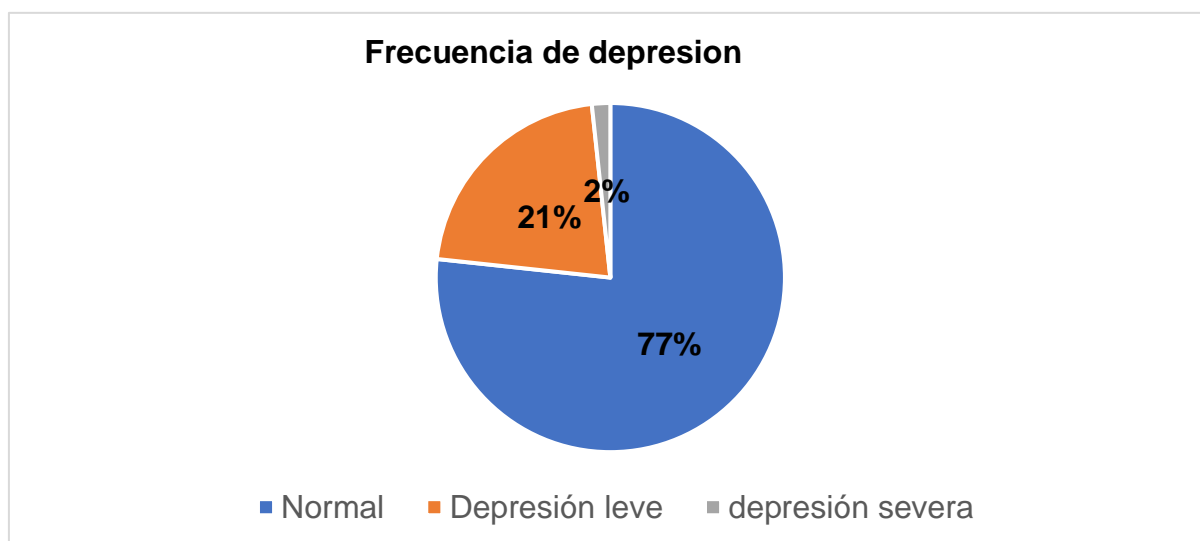


Gráfico1. Frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría en el hospital Dr. Vinicio Calventi, en el periodo junio 2022.

Fuente: Tabla 1.

Tabla 2. Distribución por Rango de edad y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Según rangos de edad										
RANGOS DE EDADES	65-69		70-74		75-80		81 y mas		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
NORMAL	12	(20%)	10	(17%)	13	(22%)	11	(18%)	46	(77%)
DEPRESIÓN LEVE	6	(10%)	3	(5%)	2	(3%)	2	(3%)	13	(21%)
DEPRESIÓN SEVERA	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(2%)	1	(2%)
TOTAL									60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

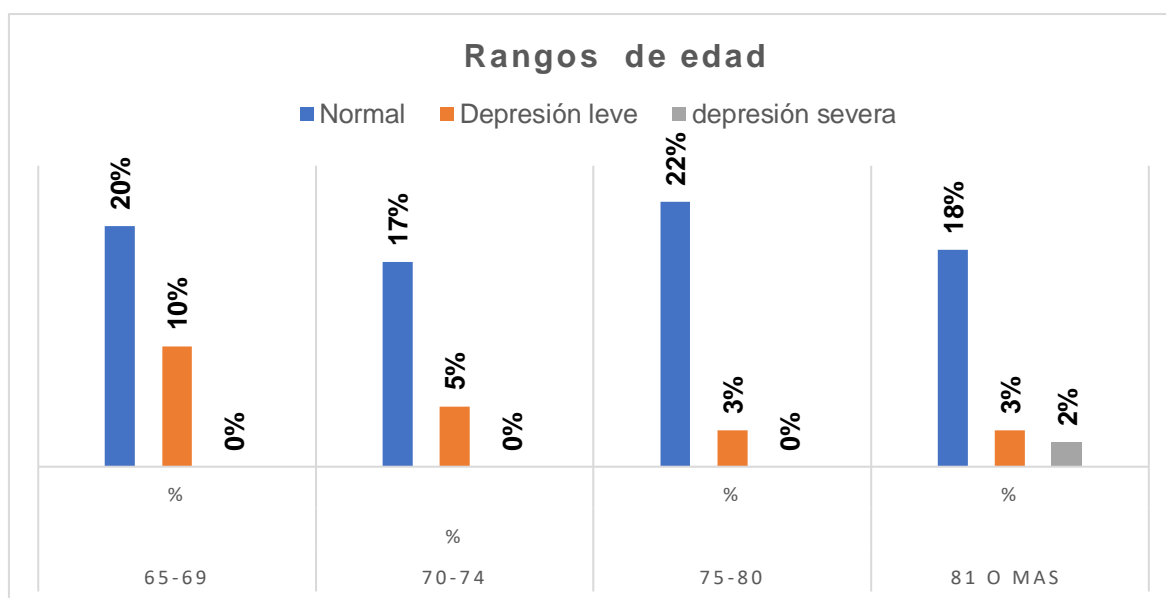


Gráfico 2. Distribución por Rango de edad y depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 2.

Tabla 3. Distribución por sexo y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Depresión según el sexo								
	Normal		Depresión leve		Depresión severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
HOMBRE	17	(28%)	4	(7%)	1	(2%)	22	(37%)
MUJER	29	(48%)	9	(15%)	0	(0%)	38	(63%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

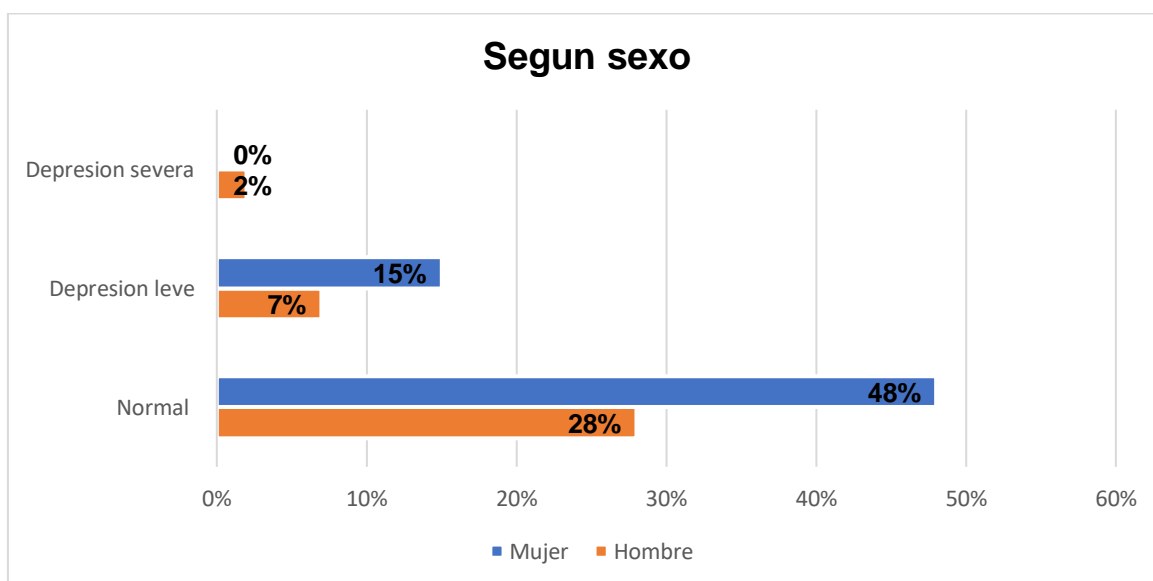


Gráfico 3. Distribución por sexo y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 3.

Tabla 4. Distribución por estado civil y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Depresión según estado civil								
	Normal		Depresión leve		Depresión severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	%	N	(%)
SOLTEROS	14	(23%)	5	(8%)	0		19	(32%)
CASADOS	13	(22%)	3	(5%)	0		17	(28%)
UNIÓN LIBRE	6	(10%)	0	(0%)	0		5	(8%)
VIUDOS	10	(17%)	5	(8%)	1	(2%)	17	(27%)
DIVORCIADO	3	(5%)	0	(0%)	0		2	(5%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

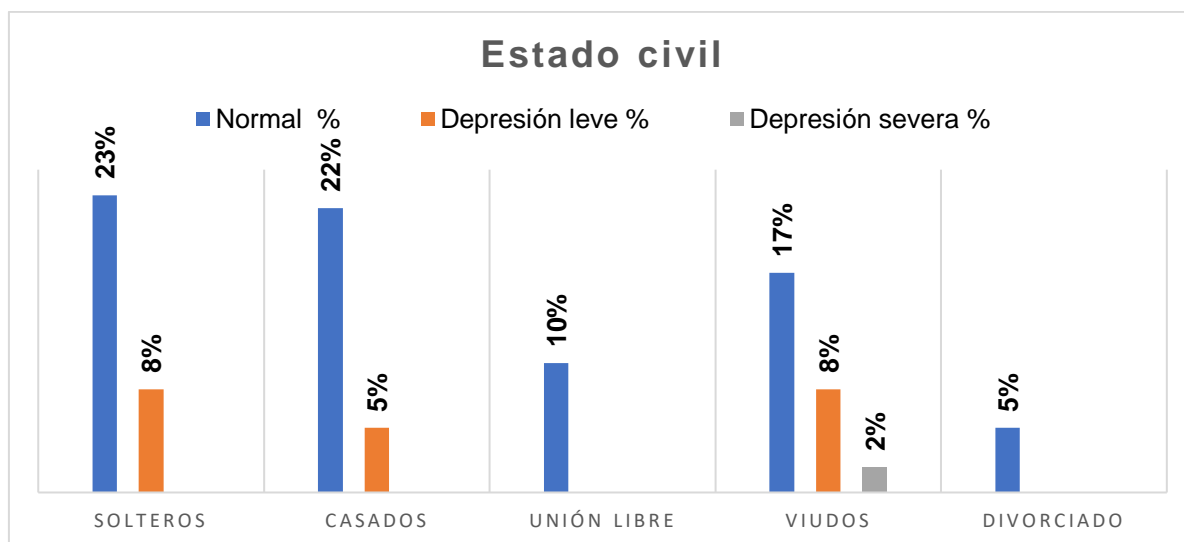


Gráfico 4. Distribución por estado civil y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 4.

Tabla 5. Distribución por nivel de escolaridad y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Depresión según escolaridad								
	Normal		Depresión leve		Depresión severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
NINGUNA	10	(17%)	2	(3%)	1	(2%)	13	(22%)
PRIMARIA INCOMPLETA	28	(47%)	9	(15%)	0	0	37	(62%)
PRIMARIA COMPLETA	2	(3%)	0		0		2	(3%)
SECUNDARIA INCOMPLETA	0	(0%)	0		0		0	(0%)
SECUNDARIA COMPLETA	4	(7%)	2	(3%)	0		6	(10%)
TÉCNICO Y/O UNIVERSITARIO	2	(3%)	0		0		2	(3%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

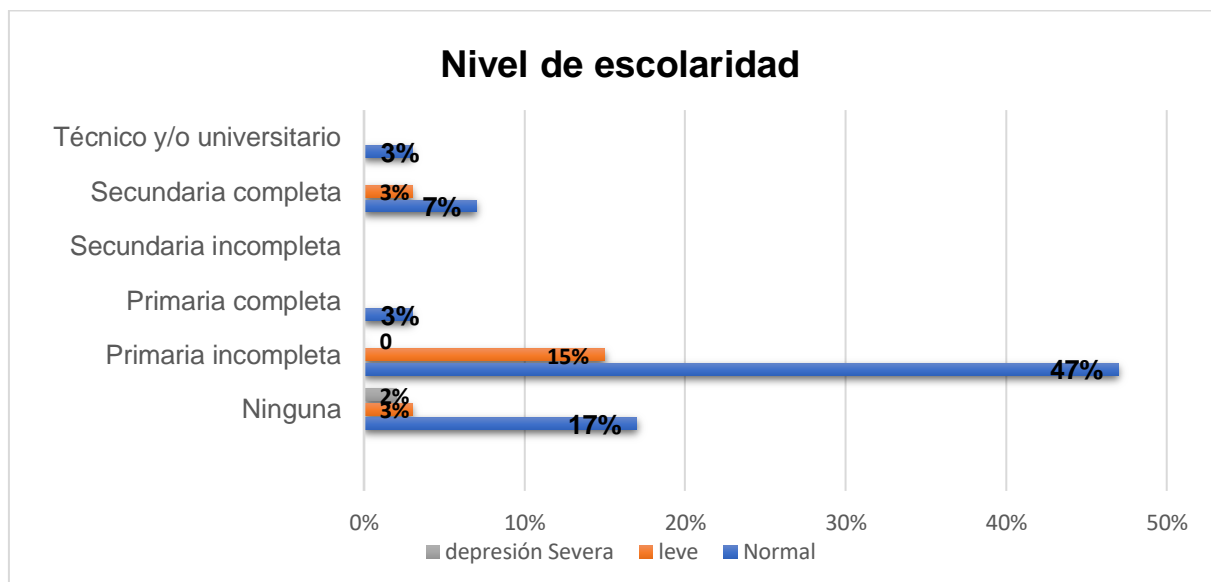


Gráfico 5. Distribución por nivel de escolaridad y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Distribución lugar de residencia y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Según lugar de residencia								
	Normal		Depresión leve		Depresión severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
RURAL	35	(58%)	3	(5%)	0		38	(63)
URBANO	11	(18%)	10	(17%)	1	(2%)	22	(37)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

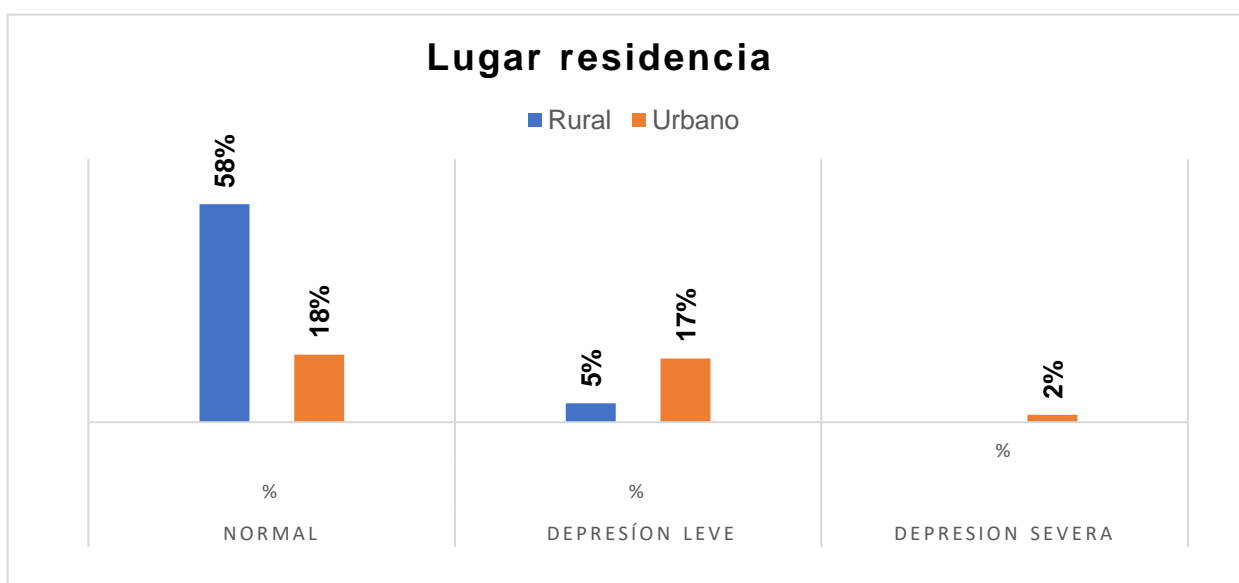


Gráfico 6. Distribución lugar de residencia y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 6.

Tabla 7. Distribución por tipo de vivienda y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Nivel de depresión por tipo de vivienda								
	Normal		Depresión leve		Depresión severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
PROPIA	25	(42%)	8	(13%)	1	(2%)	34	(57%)
ALQUILADA	18	(30%)	5	(8%)	0	(0%)	23	(38%)
DE FAMILIAR	3	(5%)	0	(0%)	0	(0%)	3	(5%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

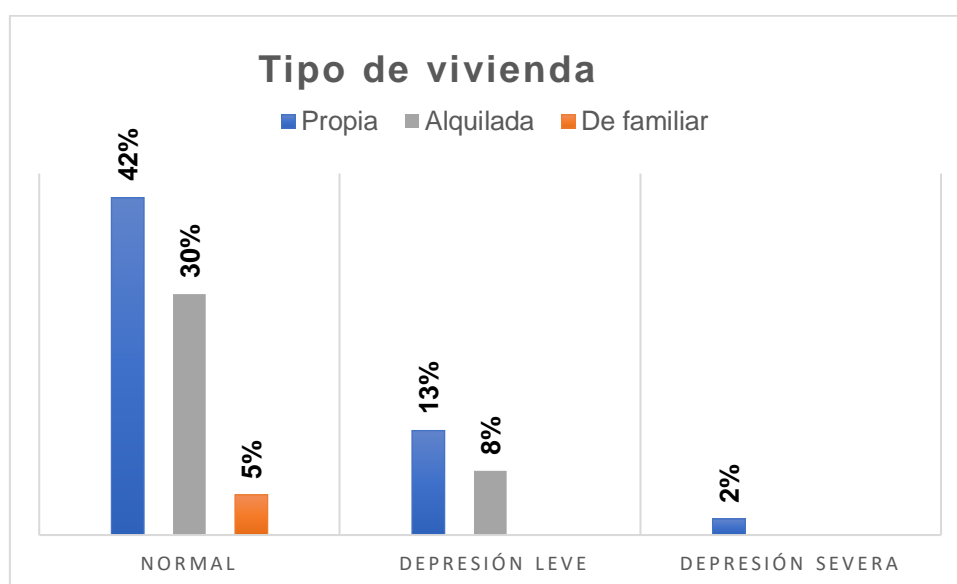


Gráfico 7. Distribución por tipo de vivienda y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 7.

Tabla 8. Distribución con quien vive y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Depresión de acuerdo a con quien vive								
	Normal		Depresión leve		Depresión severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
ESPOSO/A SOLO/A	8	(13%)	3	(5%)	0	(0%)	11	(18%)
PADRES	1	(2%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(2%)
ESPOSO/A MÁS HIJOS /AS	5	(8%)	0	(0%)	0	(0%)	5	(8%)
CON HIJOS/AS	14	(23%)	4	(7%)	0	(0%)	18	(30%)
NIETOS/AS	5	(8%)	3	(5%)	1	(2%)	9	(15%)
ESPOSO/A MÁS NIETOS	4	(7%)	0	(0%)	0	(0%)	4	(7%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

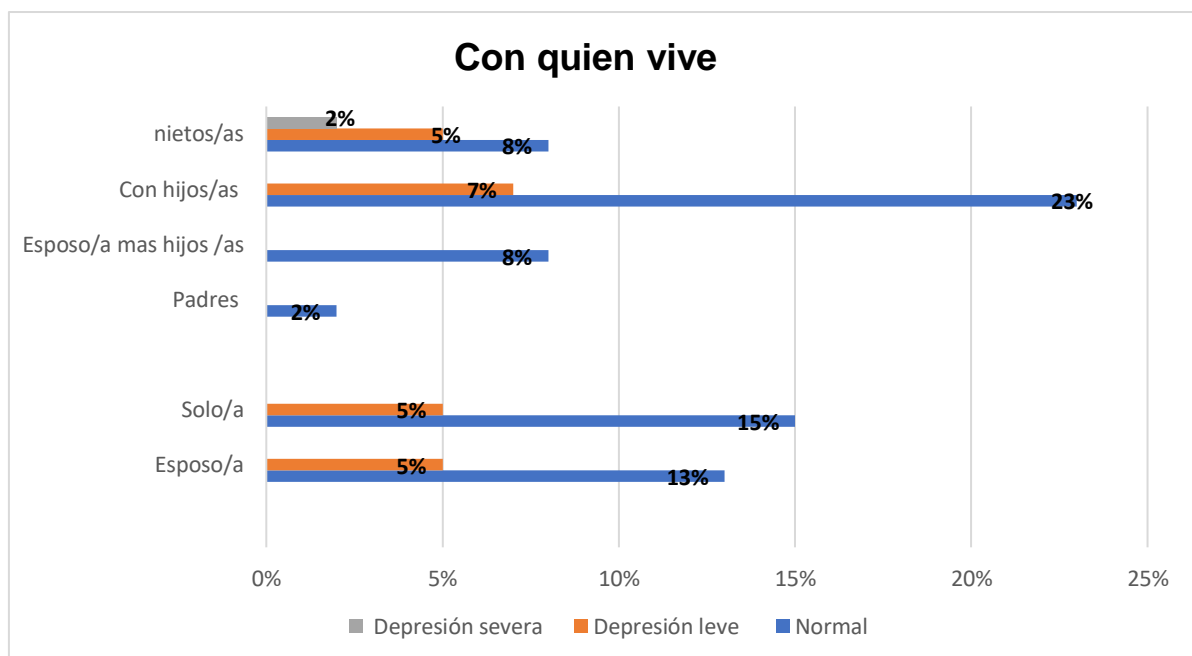


Gráfico 8. Distribución con quien vive y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 8.

Tabla 9. Distribución por número de hijos y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

	Número de hijos							
	Normal		Depresión leve		Depresión severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	%	N	%
NINGUNO	2	(3%)	1	(2%)	0	(0%)	3	5%
1-2	10	(17%)	0	(0%)	0	(0%)	10	17%
3-4	12	(20%)	1	(2%)	0	(0%)	13	22%
5-6	7	(12%)	3	(5%)	1	2%	11	18%
+7	15	(25%)	8	(13%)	0	(0%)	23	38%
TOTAL							60	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

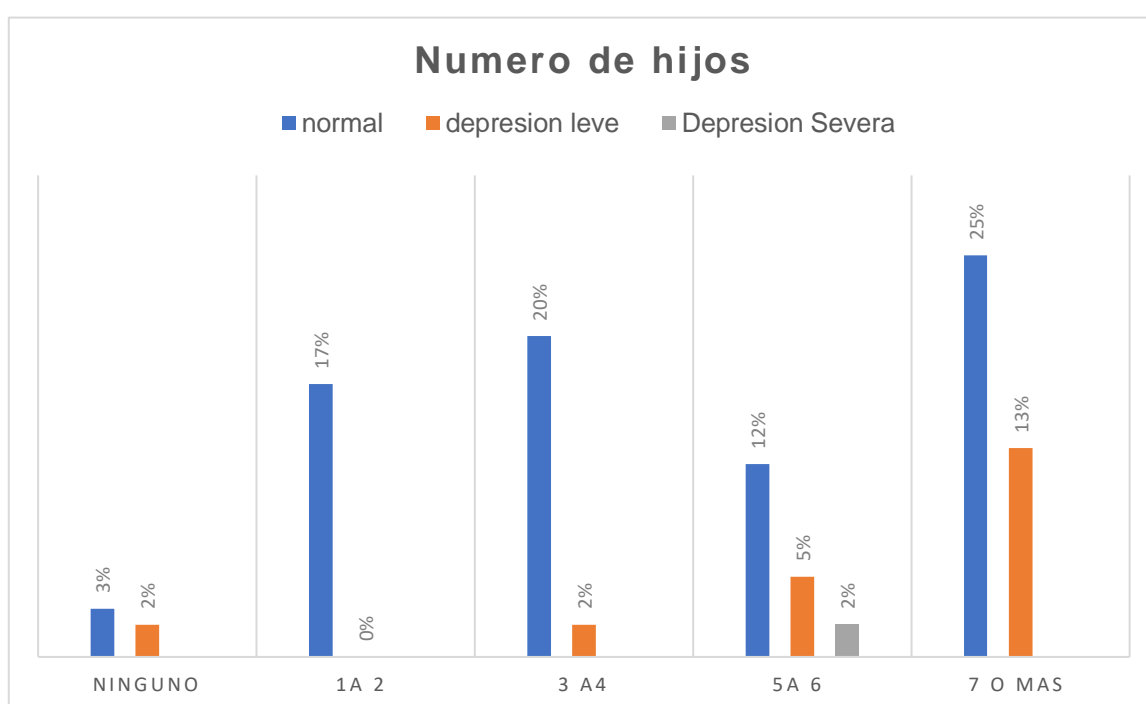


Gráfico 9. Distribución por número de hijos y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 9.

Tabla 10. Distribución por apoyo de familiares y amigos y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Recibe apoyo de familiares y amigos								
	Normal		Depresión leve		depresión severa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	38	(63%)	7	(12%)	0	(0%)	45	(75%)
NO	8	(13%)	6	(10%)	1	(2%)	15	(25%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

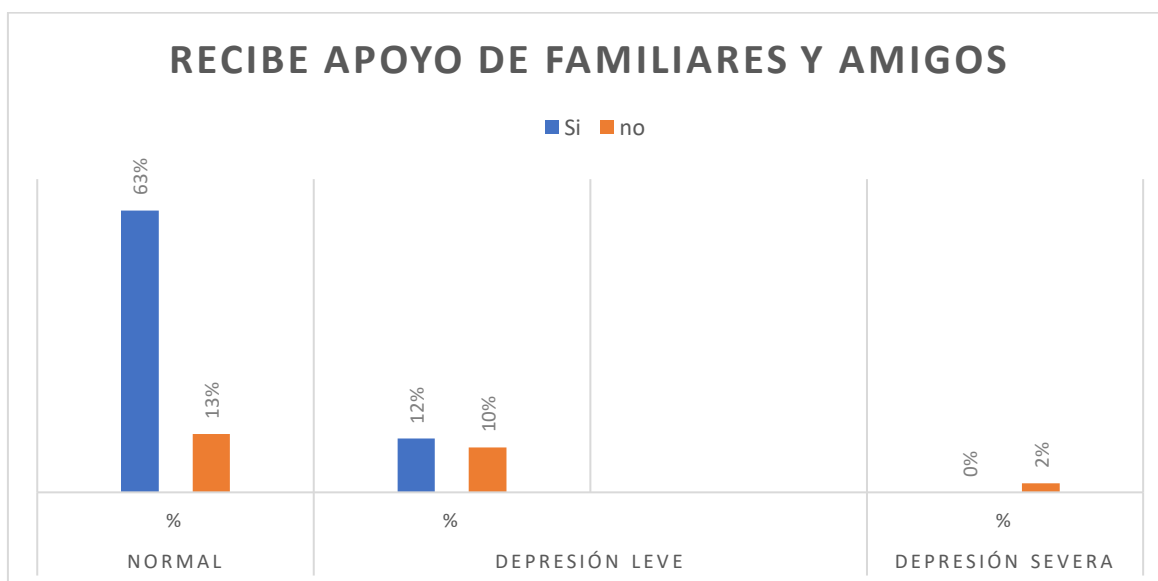


Gráfico10. Distribución por apoyo de familiares y amigos y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 10

Tabla 11. Distribución apoyo gubernamental y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Recibe apoyo del gobierno								
	Normal		Depresión leve		depresión severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
SI	33	(55%)	8	(13%)	0	(0%)	41	(68%)
NO	13	(22%)	5	(8%)	1	(2%)	19	(32%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

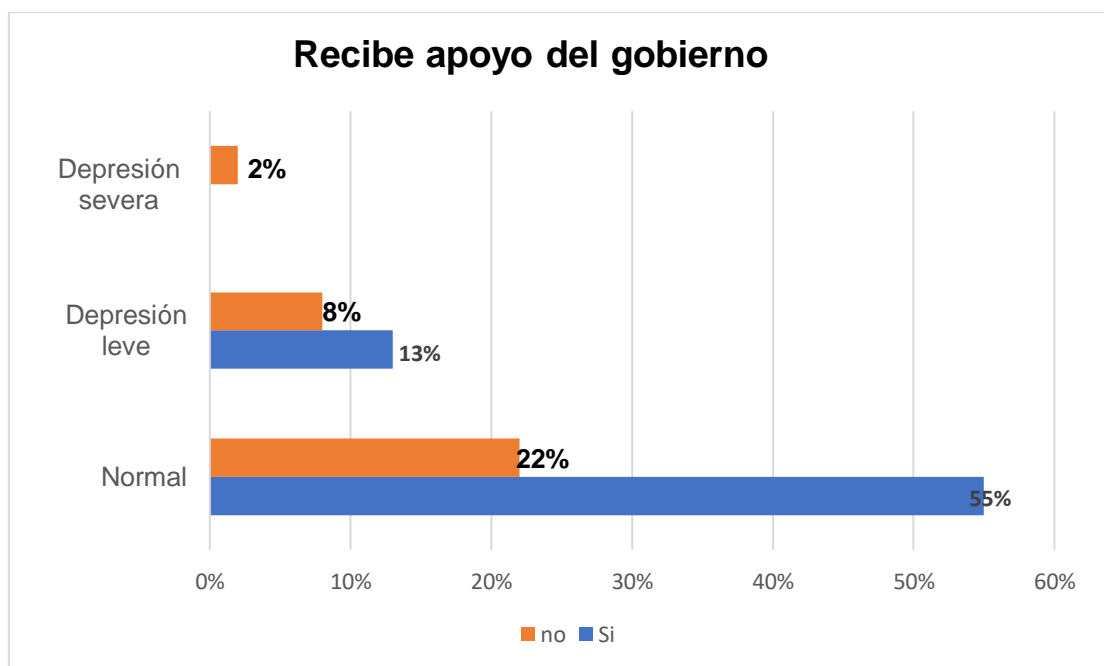


Gráfico 11. Distribución apoyo gubernamental y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 11

Tabla 12. Distribución por enfermedades crónicas y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Enfermedades crónicas diagnosticadas								
	Normal		Depresión leve		depresión severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
NINGUNA	2	(3%)	0	(0%)			2	(3%)
SOLO HTA	1	(25%)	1	(2%)	1	(2%)	17	(28%)
	5							
SOLO DM2	3	(5%)	1	(2%)			4	(7%)
HTA Y DM2	1	(20%)	4	(7%)			16	(27%)
	2							
HTA Y OTRAS ENFERMEDADES	4	(7%)	5	(8%)	0	(0%)	9	(15%)
DM2 Y OTRAS	4	(7%)	1	(2%)			5	(8%)
OTRAS ENFERMEDADES	6	(10%)	1	(2%)	0	(0%)	7	(12%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

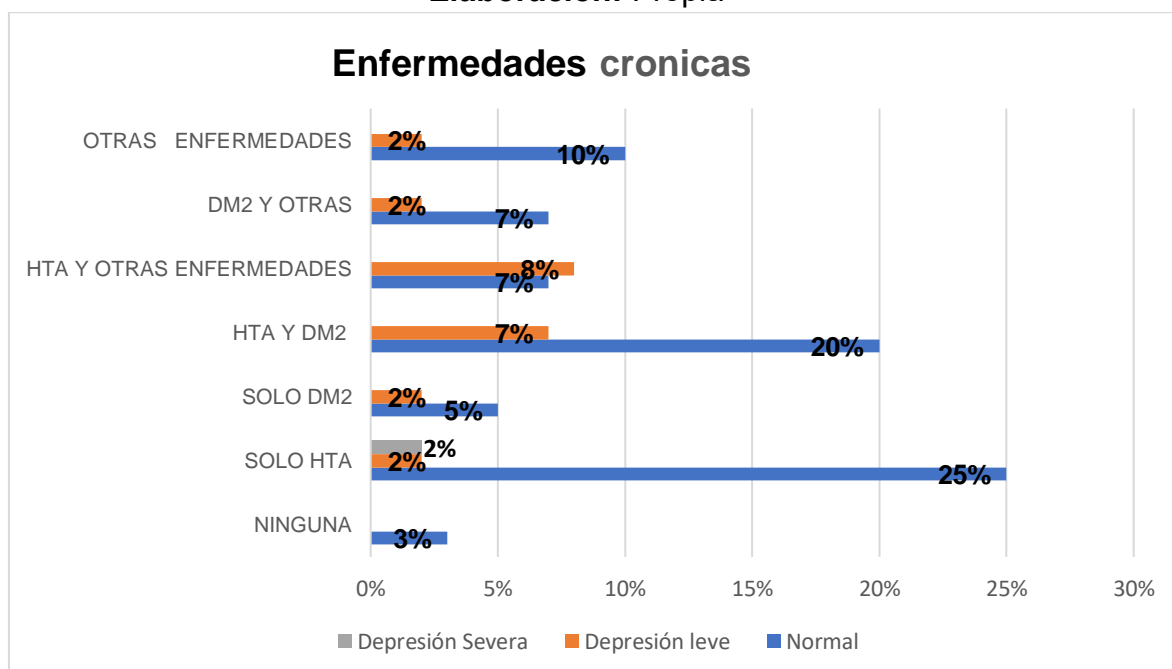


Gráfico 12. Distribución por enfermedades crónicas y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 12

Tabla 13. Distribución por número de medicamentos que toma y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Medicamentos de base							
	Normales		Depresión Leve		Depresión Severa	Total	
	N	(%)	N	(%)	N	N	(%)
NINGUNA	8	(13%)				8	(13%)
1-2	24	(40%)	8	(13%)	1 (2%)	33	(55%)
3-4	10	(17%)	4	(7%)		14	(23%)
5-6	3	(5%)	1	(2%)		4	(7%)
+7	1	(2%)				1	(2%)
TOTAL						60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

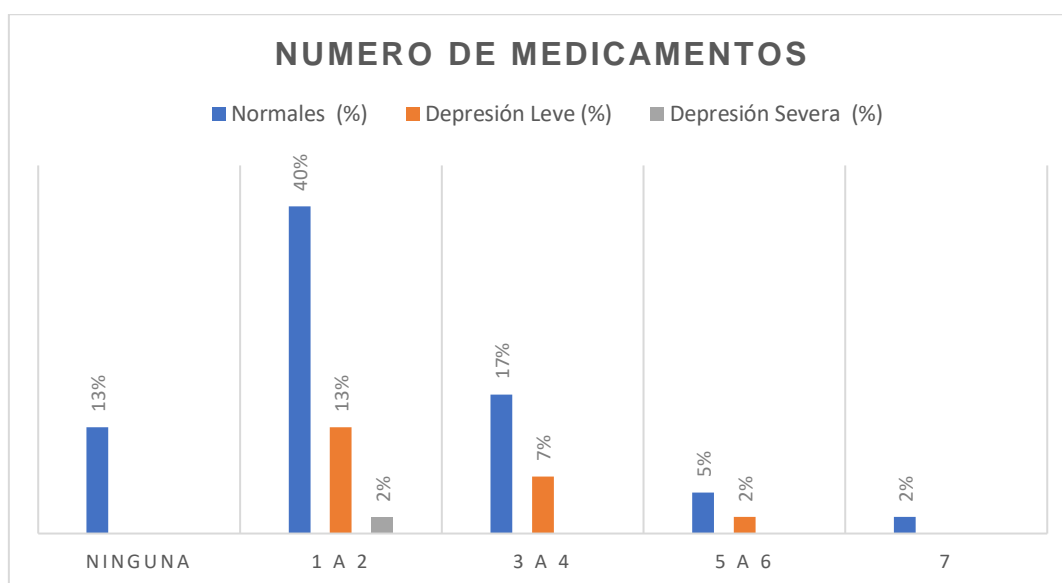


Gráfico 13. Distribución por número de medicamentos que toma y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 13

Tabla 14. Distribución por último internamiento y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Ultimo internamiento								
	Normal		Depresión leve		depresión Severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
NUNCA	6	(10%)	6	(10%)			12	(20%)
6 MESES O MAS	4	(7%)					4	(7%)
1-2 AÑOS	11	(18%)	3	(5%)	1	(2%)	15	(25%)
3-4 AÑOS	2	(3%)	1	(2%)			3	(5%)
5-6	2	(3%)					2	(3%)
+7	21	(35%)	3	(5%)			24	(40%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

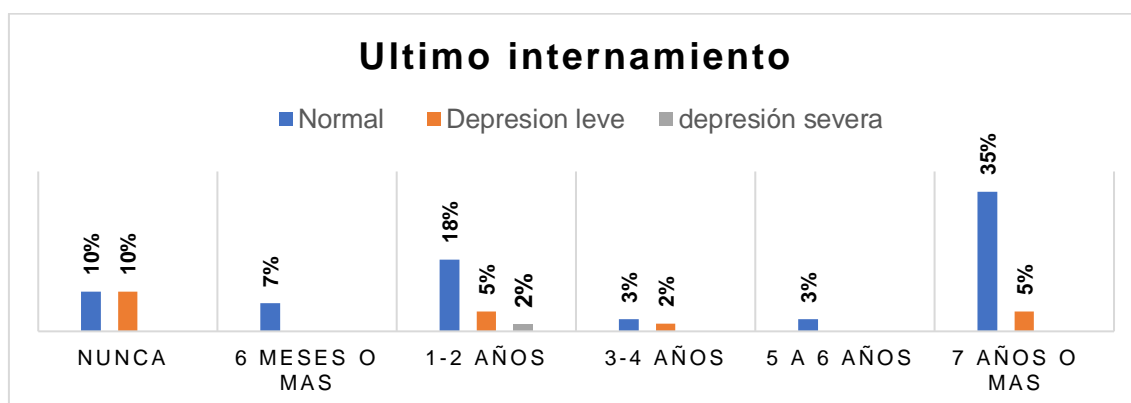


Gráfico 14. Distribución por último internamiento y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 14

Tabla 15. Distribución por enfermedad psiquiátrica diagnosticada previamente y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Enfermedad psiquiátrica previo								
	Normal		Depresión leve		depresión severa	Total		
	N	(%)	N	(%)	N	%	N	(%)
SI	4	(7%)	3	(5%)	0		7	(12%)
NO	42	(70%)	10	(17%)	1	(2%)	53	(88%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

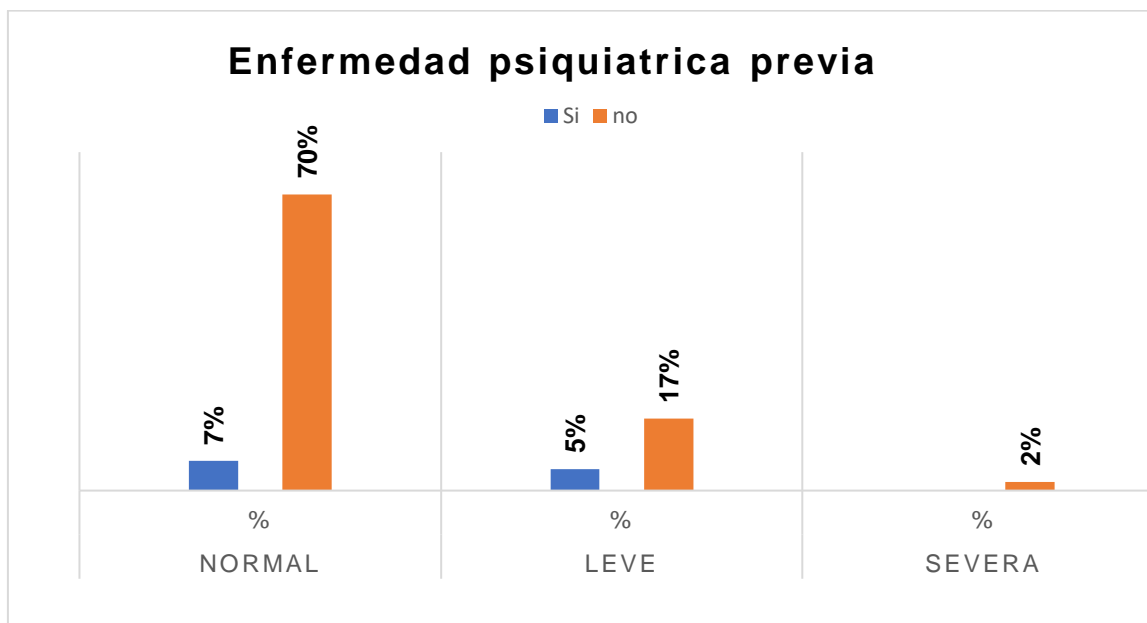


Tabla 15. Distribución por tratamiento psiquiátrico previo y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 15

Tabla 16. Distribución por tratamiento psiquiátrico previo diagnosticada y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Tratamiento psiquiátrico previo								
	Normal		Depresión leve		depresión Severa		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
SI	2	(3%)	3	(5%)			5	(8%)
NO	44	(73%)	10	(17%)	1	(2%)	55	(92%)
TOTAL							60	(100%)

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

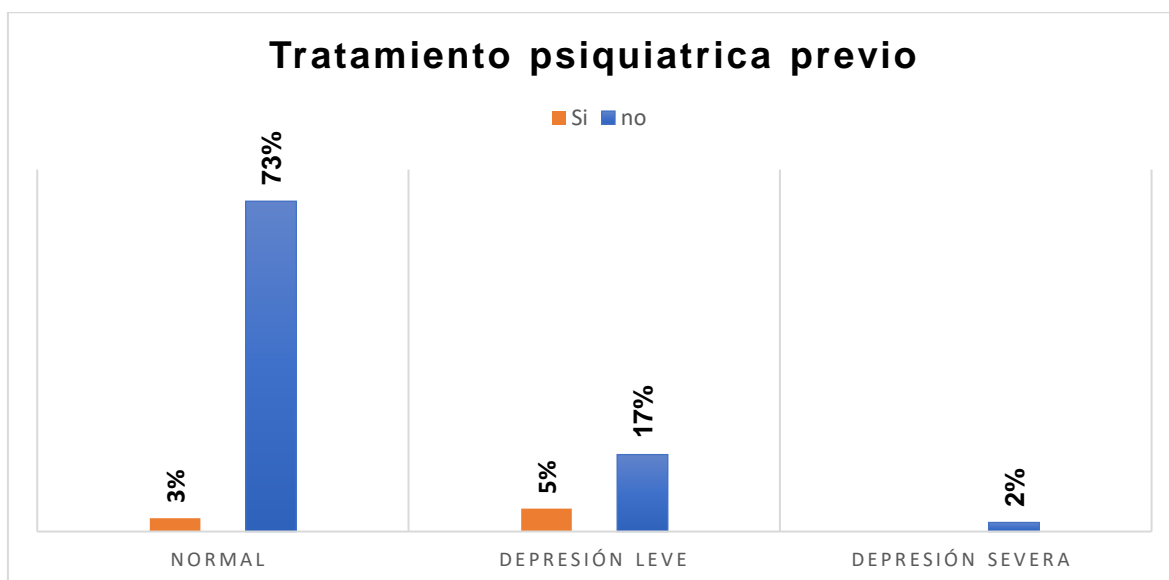


Gráfico 16. Distribución por tratamiento psiquiátrico previo diagnosticada y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 16

Tabla 17. Distribución por síntomas psicológico previos y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Presencia de sintamos psicológicos								
	Normal		Depresión Leve		Depresión establecida		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
NINGUNO	25	42%	0				25	42%
1-2	10	17%	4	7%			14	24%
3-4	10	17%	8	13%	1	2%	19	30%
5-6	1	2%					1	2%
+7	0		1	2%			1	2%
TOTAL							60	100%

Fuente: Datos recolectados de la investigación

Elaboración: Propia

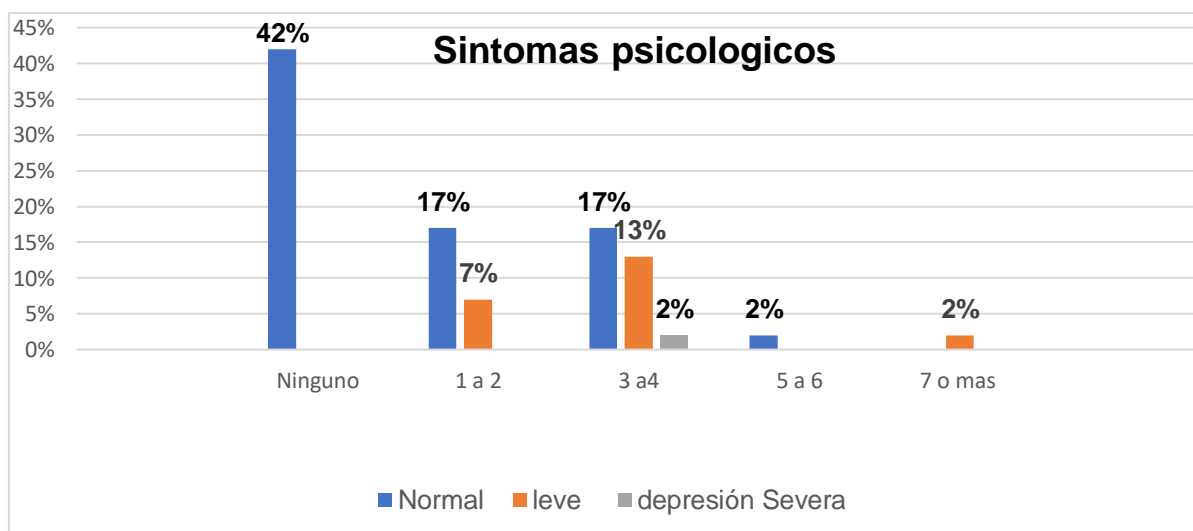


Gráfico 17. Distribución por síntomas psicológico previos y frecuencia de depresión de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, en el mes de junio del 2023.

Fuente: Tabla 17

Capítulo 5: Dicusión

El presente estudio tuvo un universo de 220 pacientes que acudieron a la consulta de geriatría en el mes de junio del año 2023 del hospital Dr. Vinicio Calventi, de los cuales solo 60 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión planteados para esta investigación.

De los 60 pacientes entrevistados nuestro estudio concluyo que el 77% de los pacientes no presentaron rasgos de depresión, seguido de un 21 % que si presento datos de depresión leve y solo un 2% exhibo datos de depresión severa, nuestros resultados son comparable con los de **Lligusupa Peláez y cols.** (2017) donde se demostró que el 53.7% de la población estudiada no demostró rasgos de depresión mientras que un 35% presento depresión leve y un número menor representado por 11% presento depresión severa o establecida. Sabiendo que la incidencia de depresión en adulto mayor es alta para nosotros fue sorprendente encontrar que dentro de nuestra población evaluada el índice de depresión era menor, lo que podría relacionarse por nuestro entorno como país característica alegre y religioso.

Con relación al rango de rango de edad; la edad con mayor prevalencia en nuestro estudio fue del rango de edad entre 75 a 80 años de edad con un porcentaje de 22% para paciente sin datos de depresión, seguido de 65 a 69 representado por un 20% y un 18% con más de 81 años . con relación a los pacientes con datos de depresión leve , la edad de mayor prevalencia fue de 65 a 69 años representados con 10% de la muestra, seguido del 70-75 años con un 5% y la edad prevalente con datos de depresión severa lo represento la edad de más 81 años de edad. Estos hallazgos coinciden con los de la investigación realizada por Velazco **Flores y cols. En 2018** presento unos resultados con rango de edad prevalente fue de 65 a 75 años. Mientras que, para la investigación de **Castillo, J.M y cols. (2018)** el rango de mayor incidencia de edad fue de 75 a 85 años. Pudiéramos decir que estos rangos de edades se relacionan con nuestra muestra de pacientes con síntomas de depresión leve y severa.

En nuestra investigación el sexo prevalente de forma universal fue el sexo femenino representado por 63% de la muestra total, representado por un

48% sin rasgo de depresivos, mientras que un 15% presento rasgos de depresión leve, esto hallazgo pueden ser comparado el estudio realizado **por Ibarra Araujo y cols. en 2019** donde demostró que el sexo prevalente fue el femenino tenía mayores episodios aunque con una ligera diferencia, en su estudio Ibarra Araujo tuvo que el mayor índice de depresión leve y severa lo tuvieron la mujeres, aunque hay que resaltar que en nuestro estudio el 2% que resultado positivo a depresión severa correspondía al sexo masculino.

Otras variables sociodemográficas importante evaluada en nuestra investigación y que según algunos autores podrían influir en el desarrollo de la depresión son estado civil, el nivel de escolaridad y el lugar de referencia. De los pacientes que demostraron rasgos de depresión leve el 8% y severa en 2% era viudo coincidiendo con el estudio realizado por **Castillo J.M en 2018** donde los viudos presentaron mayor incidencia de depresión leve y severa respectivamente.

En nuestro estudio el 47% de los pacientes sin datos de depresión tenían educación primaria incompleta, el 15% de los pacientes con depresión leve tenía también tenía primaria incompleta para un porcentaje total de 62%, datos parecidos a los del estudio de **Mori Poetiza de 2020** donde el 82.5% tenía solamente estudios primarios realizados.

Un 17% de los pacientes con depresión leve en nuestra investigación vivían en el casco urbano mientras que, para **Salinas, A.T realizó en el 2020** coincidió que con su estudio la prevalencia de depresión leve estuvo en el segmento urbano. Aunque estos resultados no coinciden con mucha literatura en caso de depresión, donde vivir en el casco rural predispone mas a depresión porque se quedan los adultos mayores tienden a quedarse solos en los campos.

El 23% de los pacientes sin depresión de nuestro estudio arrojo que vive con algún hijo/a, de la misma manera un 7% con depresión leve también convivía con algún hijo/a, diferente a 2% de depresión severa que vivía con algún nieto/a. En su investigación de **2019 Rodríguez- Vargas Y Cols.**, llegaron a la conclusión que la mayor incidencia de pacientes adultos mayores con depresión leve vivía con algún hijo/a que vivían solo.

El número de hijos muestra un papel importante a la hora del cuidado, apoyo y protección del adulto mayor, en nuestra investigación se demostró que 38% de los pacientes que participaron del estudio tenían 7 o más hijos, donde los que tenían depresión leve representó un 13%, refieren nuestros pacientes entrevistados que en 75% del total entrevistado recibe apoyo de sus familiares y amigos, mientras que un 10% con depresión leve no recibe apoyo al igual que el 2% de depresión severa. La Organización Mundial de la Salud plantea la falta de apoyo social como factor de riesgo para la depresión. Para el estudio de **Salinas, A. T (2020)** sus resultados presentaron diferencia significativa en la percepción de apoyo social relacionándose con el entorno en el cual vivían, según el estudio el resultado fue más marcado a favor de las personas que vivían en la región rural porque experimentaban más soledad.

Los pacientes con depresión leve presentaron mayor de enfermedades cardiovasculares representada por hipertensión y otras para un 8% seguido de una combinación de presión arterial y diabetes en un 7%. **Para Gutiérrez Naranjo y cols. (2020)** la patología prevalente fueron la del sistema circulatorios.

Para la investigación de **Bonilla Beltrán de 2021** pacientes con depresión leve presentaron síntomas como pérdida de energía, dificultad con la memoria, desesperanza y estado de ánimo deprimido. En nuestro estudio un 30% de los pacientes presentaron más de 3 a 4 síntomas psicológicos antes de aplicarle la escala de depresión geriátrica, de este 30% un 13% correspondían a paciente posteriormente diagnosticado con depresión leve y 2% a paciente con depresión severa, mientras que paciente sin diagnóstico definitivo presentaron un 17% de 1 a 2 síntomas y el mismo porcentaje presentó de 3 a 4 síntomas sin lograrse establecer un diagnóstico de depresión. Este dato es de suma importancia en vista que un porcentaje amplio de paciente que según nuestra escala de Yesavage dieron negativo para depresión presentaron síntomas a favor de depresión previo a la aplicación del test.

Capítulos 5.1: Conclusiones

Luego de realizar el estudio sobre frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital Dr. Vinicio Calventi en el mes de junio del 2023, a través de la escala de Yesavage, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- A pesar del alto riesgo que tienen los adultos mayores de padecer depresión, los pacientes que acuden a las consultas de geriatría del hospital Dr. Vinicio Calventi en el mes de junio 2023 y que participaron en nuestra investigación, la mayor parte no exhibieron rasgos depresivos, representando un 77%, el 21% restante presentaba rasgos de depresión leve y un 2% severa.
- De los pacientes que presentaron depresión, el rango de edad con mayor incidencia fue 65 a 69 años y el sexo prevalente en el estudio fue el sexo femenino, mostrando esta una mayor tasa de incidencia de depresión leve en relación a sexo masculino.
- Los pacientes con depresión leve fueron más evidentes en los pacientes solteros y viudos con el mismo índice de porcentaje (8%), mientras que el 2% de la depresión severa era viudo
- De los pacientes estudiado la mayor parte tenía una educación primaria incompleta.
- Se puede decir que entre los pacientes evaluados el índice mayor de depresión leve se encontró en paciente que Vivian en la zona urbana mientras que aquellos que no tenían depresión el mayor índice vivía en la zona rural.
- En lo que tiene que ver con el entorno social y la red de apoyo pudimos concluir que tanto los pacientes que no tenían depresión como lo que presentaban signos de depresión leve a moderada tenían una familia numerosa, convivían con hijos o con nietos en su gran mayoría, poseían casas propias y la mayoría decía recibir el apoyo de sus hijos, familiares y amigos e incluso una gran parte cuenta con ayuda gubernamental.
- La mayoría de nuestros pacientes estudiados la principal enfermedad crónica que presentaron pudimos concluir que correspondían a enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, la mayoría tomaba entre 1 y dos medicamentos y la mayor población del estudio la última vez que tuvo algún tipo de ingreso hospitalario fue hace 7 años o más.

- Se llegó a la conclusión que el 23% de los encuestados que presentaron depresión solo una porción mínima presentó un diagnóstico previo de depresión y solo la misma cantidad que confirmaron el diagnóstico recibió algún tipo de tratamiento en la leve.
- Por último podemos concluir que un número superior a los pacientes que dieron positivo en nuestra investigación presentó uno que otros síntomas de depresión, aunque no llegó al diagnóstico, en esta investigación más del 50% de los pacientes que participaron en la investigación tenían algún síntoma depresivo lo que lo hace más propenso a que en otra investigación que se realice el número de casos sea mayor al de los datos obtenidos.

Capítulo 6: Recomendaciones

Luego de realizar el estudio sobre frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del hospital Dr. Vinicio Calventi en el mes de junio del 2023, a través de la escala de Yesavage. Podemos hacer las siguientes recomendaciones:

Al servicio nacional de salud y al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Es importante la creación de programas integrales que se enfoquen en no solo en el cuidado de la salud física sino también que se enfoque en la salud mental del adulto mayor.
- Es de vital importancia que se creen programas con enfoque sobre la prevención, detección temprana y manejo de depresión en el adulto mayor
- Se debe crear programa capacitación para personal médicos de atención primaria y otro personal de salud sobre la depresión en adulto mayores y su presentación atípica.

A la sociedad dominicana de geriatría:

- Recomendamos a la sociedad de geriatría continuar la educación continua con temas que incluyan la depresión como causa de alteración de la salud mental de los adultos mayores.
- Que gestiones y organice talleres tantos para cuidadores sobre la salud mental, enfocando la depresión como un problema de salud frecuente y poco diagnosticado en los adultos mayores y que puedan los cuidadores identificar sintomatologías atípicas temprano.
- Promover la educación y la sensibilización entre los profesionales de la geriatría sobre la importancia de la salud mental en la población adulta mayor. Donde se enfatice que no todo es demencia y que se identifique que síntomas depresivos podrían comportarse como un deterioro cognitivo.
- Promover el trabajo en conjunto de la sociedad de geriatría con otras sociedades como la de psiquiatría, psicología, etc., para hacer un manejo holístico del adulto mayor con depresión

Al Hospital Dr. Vinicio Calventi:

- Es necesario la creación de un departamento integral de salud para el adulto mayor que no solo este compuesto por geriatras sino por un equipo multidisciplinario que pueda manejar de manera integral no solo las enfermedades clínicas sino la que competen a la salud mental.

- Capacitar al personal del hospital sobre el que la depresión y sus manifestaciones atípicas para que puedan ser identificadas a tiempo.
- Adecuar el consultorio de geriatría y facilitar al equipo de trabajo de dicho departamento un número adecuado de pacientes para que se pueda realizar la valoración geriátrica integral y valorar de manera adecuada y temprana, la sintomatología depresiva del adulto mayor.

Al servicio de geriatría del hospital

- Que continúe promoviendo la investigación sobre temas de depresión en adultos mayores.
- Que, desde la atención inicial de un paciente geriátrico, se de orientación y haga promoción sobre la importancia de la salud mental y se orienten a los familiares sobre las diferentes presentaciones clínicas que puede tener la depresión en el adulto mayor, resaltando que toda alteración del contenido del pensamiento de los PAM no es solo demencia.
- Fomentar de forma activa las lecturas, las actividades neurocognitivas y lúdicas, etc. En adultos mayores
- Creación de grupos de apoyos para los adultos mayores con riesgos sociales que este compuesto con personal de psicología, psiquiatría y geriatría.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
- Becerra Pino, M., Sosa Ortiz, A. L., Lozano Dávila, M. E., Trujillo de los Santos, Z., Dueñas Tentori, H. J., Durand, F. G., & Vargas Esquivel, G. E. (2018). Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Depresión en la Persona Adulta Mayor. Guía Depresión en la Persona Adulta Mayor | Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx)
- Bernabé Rodríguez, Génesis Liliana (2022). Nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. Comuna Olón. Provincia de Santa Elena. 2022 La Libertad. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. 51p. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8001>
- Calderón Mason D, Calderón Suasnavas G, Calderón Suasnavas V, Checa Villamar J. Prevalencia de depresión en adultos mayores que asisten a consulta externa de un hospital público, Quito 2018. CAMBIOS-HECAM [Internet]. 28sep.2020 [citado 7may2023];19(1):6-3. Available from: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/445>
- Calvo Rodríguez, M., & Bonilla Beltrán, AJ (2022). Depresión en adultos mayores pertenecientes a la unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda (Tesis de licenciatura). Universidad Tecnológica Indoamérica, Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud. <https://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/4003>
- Castillo J, Díaz Vásquez G, Reyes Montilla J, Palacios S, Díaz Castro Y, López E, Reyes Nin L. Incidencia de enfermedad depresiva en adultos de la tercera edad, en Arroyo Hondo, Peravia, República Dominicana, durante el período noviembre-diciembre 2018. cysa [Internet]. 3 de marzo de 2020 [citado 31 de agosto de 2023];4(1):57-70. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1665>

- Chavarría Araya, J. (2015). Depresión: una enfermedad común en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXXII(615), 427-429. URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zk.pdf>
- Failoc-Rojas, V. E., & Del Pielago Meoño, A. (2021). Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(4), 285-289.
- Gallo J.J., y Rabins, P.V., 1999. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 60 (3), pp. 820-826.
- Gómez Ayala, A. E. (2007). La depresión en el anciano. *Offarm*, 26(9), 80-94. URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>
- Gómez Ayala, A.-E. (2007). La depresión en el anciano. *Offarm*, 26(9), 80-94. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>
- Gómez Conte, R., & Cases Jordán, C. (2020). Plan de cuidados para ancianos con depresión: a propósito de un caso [Care plan for depression in the elderly: About a case]. *Ene*. vol.14, no.3. Santa Cruz de La Palma. Publicado en línea el 5 de abril de 2021. ISSN 1988-348X. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300013
- González Molejón, J. A., Valdés Álvarez, M., & Iglesias Ruisanchez, S. (2018). A Depresión en el Anciano. *NPunto*, 1(8), Noviembre. <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
- Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión en las Personas Mayores.. Autores: Dr. José Antonio López Trigoy cols. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Dirección de la editorial o institución: Príncipe de Vergara, 57-59, 28006 Madrid. Sitio web de la editorial o institución: www.segg.es. ISBN: 978-84-617-7873-7. Depósito Legal: M-1141-2017.

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t; Conselleria de Sanidade, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Gutiérrez Naranjo, I., Fiuza Pérez, MD, García Hernández, AM (2020) Cribado de depresión de los senescentes internos en instituciones penitenciarias Detección de depresión entre reclusos senescentes en instituciones correccionales. Rev. cultura de los Cuidados. 3º Cuatrimestre 2022. Año XXVI. n° 6 4 2880. https://www.researchgate.net/publication/366621956_Cribado_de_depresion_de_los_senescentes_internos_en_instituciones_penitenciarias_Depression_screening_among_senescent_inmates_in_correctional_institutions_Triagem_de_reclusos_senescentes_em_instituico

Instituto de Capacitación y Especialización Padre Hurtado. (2021). Manual de Depresión y Ansiedad en el Adulto Mayor. Recuperado de <https://www.iceph.cl/wp-content/uploads/2021/12/Manual-capsula-Depresión-y-ansiedad-en-el-adulto-mayor.Pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2008). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención (Guía de Práctica Clínica GPC, Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-194-08, Guía de Referencia Rápida, CIE-10: F32 Episodio Depresivo, F33 Trastorno Depresivo Recurrente, ISBN 978-607-8270-58

Lligusupa-Peláez, V., Álvarez Ochoa, R., Bermejo-Cayamcela, D., Ulloa-Castro, A., & Estrada-Cherres, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel [Depression levels in older adults cared in a second level hospital]. Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación, Volumen VIII, Nº 1 (julio-diciembre 2020), pp. 16-21. <http://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>

- Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., & Folch Ayora, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), Epub 21-Oct-2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- Montiel Rebollo, J. M. (2020). Depresión en adultos mayores residentes del municipio de Tumbalá estado de Chiapas. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/39120>
- Morales-Pachay, CG, & Alcívar-Molina, SA (2021). Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 6(12), ISSN-e 2550-682X. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8219297>
- Mori poetiza, JL (2020). *nivel de depresión en adultos mayores albergados en nivel de depresión en adultos mayores albergados en el asilo de ancianos “san francisco de asís”, iquitos– 2020 (tesis de suficiencia profesional). Universidad nombre de la universidad científica del Perú. <Http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/ucp/1343/jhilda%20lorena%20mori%20poetiza%20-%20tsp.pdf?sequence=1&isallowed=y>
- National Institute on Aging. (2022). Cuatro cosas que debe saber sobre la depresión y las personas mayores. Recuperado de [h https://www.nia.nih.gov/espanol/personas-mayores-depresion](https://www.nia.nih.gov/espanol/personas-mayores-depresion)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (Número de catálogo por la Biblioteca de la OMS: [inserta el número de catálogo aquí]). ISBN 978-92-4-350602-9 <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Organización Mundial de la Salud. (2017, 12 de diciembre). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Polar Apoza soledad. Nivel de depresión en adultos mayores del Asilo Apaktone de Madre de Dios , 2019 (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios, Facultad de Educación, Escuela Profesional de Enfermería. URL: <https://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14070/541/004-1-9-027.pdf?>

Quintana Montes ,K y Sánchez De La Torre , K(2022) Calidad de vida y depresión en el adulto mayor no institucionalizado. Centro de Salud N°3. Riobamba, 2022(Tesis de Pregrado) Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador

Rodríguez-Vargas, M., Pérez-Sánchez, L. (2020). Depresión en la tercera edad. *Rev. Archivo Médico de Camagüey , 26. Epub. Universidad de Ciencias Médicas. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Grupo de Trabajo de Psicología. Holguín, Cuba. Depresión en la tercera edad (sld.cu)

Rodríguez-Vargas, M., Pérez-Sánchez, L., Marrero-Pérez, Y., Rodríguez-Ricardo, A., Pérez-Solís, D., & Peña-Castillo, Y. (2022). Depresión en la tercera edad. Archivo Médico de Camagüey, 26. ISSN 1025-0255. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024

Salinas, AV (2020). Prevalencia de depresión y factores de riesgo psicosocial para. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC), 12(Extra 1), 140-140. universidad de la Cuenca del Plata. Prevalencia de depresión y factores de riesgo psicosocial para su desarrollo en adultos mayores en entorno rural y urbano de la provincia de Misiones - Dialnet (unirioja.es)

Salvador-Aguilar, AD, Salvador-Aguilar, VA y Vela-Chasiluisa, MA (2020). Depresión en el adulto mayor, factor predisponente para la mala calidad de vida. Dominio de las Ciencias, 6(4), Noviembre Especial 2020, págs. 98-109. <http://dx.doi.org/10>

- Santander, J. (2005, 1 de abril). Depresión en el adulto mayor: abordaje diagnóstico [Depression in the elderly: diagnostic approach]. Medwave. <http://doi.org/10.5867/medwave.2005.03.655>
- Seguro Baranda, A. (2019). Prevenir la depresión en la vejez (Tesis de licenciatura, 4º Curso, Grado de Enfermería, Universidad Pública de Navarra). Directora: Victoria Esther Beaumont Guembe. Recuperado de https://academic.e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/33373/seguro_111970_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sotelo-Alonso, I., Rojas-Soto, J. E., & Sánchez. (2012). La depresión en el adulto mayor: perspectiva clínica y epidemiológica desde la atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 5-13.
- Tavera Vilchis, M. A., & Blanco Trejo, W. (2022). Prevalencia de depresión en adultos mayores adscritos a un programa de atención social a la salud. *Atención Familiar*, 29(3), 186–190. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.3.82838>
- Velasco y cols. Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales en la Casa de Reposo Mi divino Niño J Jesús. Distrito de Morales periodo abril – septiembre 2018 (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto <https://tesis.unsm>
- Vergel Hernández, J., & Barrera Robledo, M. E. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista Médica de Risaralda*, 27(1), [páginas del artículo si están disponibles]. <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>
- Weightman J, Aire T, Baune B. (2014). A review of the role of social cognition in major depressive disorder. *Psiquiatría Delantera*.

ANEXOS 1: Cronograma de actividades

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	2023								
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP
Identificación y delimitación del problema de investigación.	X								
Revisión de referencias bibliográficas.		X							
Elaboración de antecedentes, justificación.		X							
Redacción planteamiento del problema y objetivos.		X							
Redacción esquema de contenido marco teórico.			X						
Operacionalización de las variables.			X						
Redacción del diseño metodológico.			X	X					
Redacción borrador del anteproyecto				X					
Reuniones presenciales con el asesor/ la asesora .		X	X	X		X	X	X	X
Examen de ética				X					
Aprobación de anteproyecto por universidad									
Recolección de datos							X		
Clasificación de datos recolectado								X	
Conclusión y revisión de proyecto de investigación								X	X
Presentación preliminar asesores y corrección									X
Revisión del informe final para fines de no plagio								X	
Presentación al jurado evaluador									
Encuadernación									
Entrega final a la universidad									

ANEXOS 2: Certificado de ética

CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN	
	
Nombre Completo	Patricia Alcalá Ventura
Matrícula o código institucional	191072
Carrera/Posición:	Postgrado en Medicina
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2023-0141
Fecha	Wednesday, April 19, 2023
	Firma CEI
	
	
	Michael A. Alcántara-Minaya, MD Coordinador Comité de Ética Vicerrectoría de Investigación e Innovación Universidad Iberoamericana (UNIBE)

ANEXOS 3: Formulario de recolección de variable sociodemográfica



HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA-UNIBE RESIDENCIA DE GERIATRÍA

FORMULARIO NO: _____ FECHA: _____

Edad	
sexo	
Estado Civil	
Nivel de escolaridad	
Dirección	
¿Con quién vive?	
¿Cuántos hijos tiene?	
¿Cuál es su Tipo de casa?	
¿Recibe apoyo de sus hijos, familiares y amigos?	SI/NO
¿Tiene alguna ayuda social?	SI/NO
¿padece de alguna enfermedad medica?	
¿Cantos tipos de medicamento está tomando actualmente?	
¿Cuándo fue su ultimo internamiento?	
¿padeció de alguna enfermedad psiquiátrica? ¿Cuál?	
¿Alguna vez recibió tratamiento psiquiátrico?	
¿ha tenido alguno de estos síntomas recientemente?	
1. Pérdida de energía 2. Cambios en el apetito 3. Indecisión 4. Necesidad de dormir más 5. Insomnio 6. Ansiedad 7. Pérdida de energía 8. Perdida de la concentración 9. Sentimiento de inutilidad	10. Culpa o desesperanza 11. Inquietud 12. Pensamiento de autolesión o suicidio

ANEXOS 4: Escala de depresión geriátrica de Yesavage gds-30

Le voy hacer algunas preguntas, por favor contestar sí o no

NO	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	
3	¿Siente que su vida está vacía?	
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	
9	¿Se siente feliz muchas veces?	
10	¿Se siente a menudo abandonado?	
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	
21	¿Se siente lleno de energía?	
22	¿Siente que su situación es desesperada?	
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	

TOTAL: _____

Interpretación: 0-9: normal 10-19: depresión Leve 20-30: depresión severa E

Source: www.stanford.edu/yesage

ANEXOS 5: Consentimiento informado



HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA-UNIBE RESIDENCIA DE GERIATRÍA

Yo _____
cedula _____ de _____ identidad _____ no:
_____ declaro

que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada **FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI EN EL MES DE JUNIO DEL 2023 A TRAVÉS DE AL ESCALA DE YESAVAGE**

Entiendo que este estudio busca Identificar la prevalencia de depresión a adultos mayores. Esta investigación se **llevará a cabo por la Dra. Patricia Alcalá Ventura en el hospital Dr. Vinicio Calventi ubicado en la comunidad de los alcarrizos**. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí.

Conforme a lo anterior, certifico y acepto participar de forma voluntaria de esta investigación.

Si tengo alguna duda no resuelta o entiendo que fueron violentados mis derechos durante el proceso de recolección de datos o posterior a este sé que puedo contactar al comité de ética de la Universidad Ibero Americana (UNIBE) al número telefónico 809-689-4111 ext. 1198.

PARTICIPANTE

INVESTIGADORA