



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
ESCUELA DE POSGRADO

FACTORES SOCIALES, FAMILIARES Y  
DEPENDENCIA ASOCIADOS CON LA  
DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR  
BENEFICIARIO DE SEGURO SOCIAL EN LA  
CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL  
PÚBLICO DE LA CIUDAD DE QUITO EN  
2018

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN  
MEDICINA

DIEGO FERNANDO CALDERÓN MASÓN

LIMA – PERÚ

2019



**ASESOR**

**Doctor Javier Esteban Saavedra Castillo**

Universidad Peruana Cayetano Heredia

## **DEDICATORIA**

A mi esposa e hijas

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Particular Cayetano Heredia por la oportunidad que me ha brindado para realizar mis estudios y lograr una meta personal

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Propias

## TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	3
II.1.	Planteamiento del problema.....	3
II.2.	Justificación .....	7
III.	MARCO TEÓRICO.....	10
III.1.	Aspectos políticos .....	10
III.2.	Aspectos demográficos .....	10
III.3.	Envejecimiento.....	11
III.4.	Depresión en el adulto mayor: definición - prevalencia .....	11
III.5.	Diagnóstico y Tamizaje .....	12
III.6.	Causas .....	16
III.7.	Factores de riesgo.....	18
Factores socioeconómicos.....		19
III.8.	Tratamiento .....	20
IV.	OBJETIVOS .....	21
IV.1.	Objetivo general.....	21
IV.2.	Objetivos específicos .....	21
V.	HIPÓTESIS.....	22
VI.	METODOLOGÍA .....	23
VI.1.	Diseño del estudio.....	23
VI.2.	Población.....	23
VI.3.	Muestra .....	23
VI.4.	Criterios de selección.....	25
Criterios de inclusión .....		25
Criterios de exclusión .....		25
VI.5.	Operacionalización de variables .....	26
VI.6.	Procedimientos y técnicas .....	35
VI.7.	Consideraciones éticas .....	39
VI.8.	Plan de análisis.....	40

VII.	RESULTADOS.....	41
VII.1.	Estadística descriptiva.....	41
	Variables numéricas.....	41
	Variables categóricas .....	42
VII.2.	Comparación de grupos y análisis bivariado .....	48
VII.3.	Análisis multivariado .....	53
VIII.	DISCUSIÓN .....	58
IX.	CONCLUSIONES .....	62
X.	RECOMENDACIONES.....	63
XI.	REFERENCIAS.....	64
XII.	ANEXOS .....	80

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables .....	27
Tabla 2: Frecuencia de depresión en los pacientes de acuerdo al MINI.....	41
Tabla 3: Variables numéricas.....	42
Tabla 4: Variables demográficas por sexo* .....	43
Tabla 5: Distribución de las variables socio familiares por depresión*.....	46
Tabla 6: Asociación entre depresión y factores sociales, familiares y dependencia en el adulto mayor beneficiario de seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de Quito.....	51
Tabla 7: Modelo de Regresión por ítems de la Escala de Gijón .....	54
Tabla 8: Modelo de Regresión logística con variables demográficas.....	55
Tabla 9: Modelo de Regresión con variables significativas.....	56
Tabla 10: Regresión logística binaria con interacción de variables .....	57

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Secuencia de muestreo.....24

Gráfico 2: Distribución por situación social .....48



## **LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS**

CESDR	Center of Epidemiologic Studies Depression
CIE	Código Internacional de Enfermedades
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
HCAM	Hospital Carlos Andrade Marín
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
OR	Odds Ratio
P.H.Q.	Patient Health Questionnaire
RP	Razón de Prevalencia
RMU	Remuneración Mínima Unificada
5 HT	5 Hidroxitriptamina (serotonina)
TEC	Terapia Electro Convulsiva

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la asociación entre la depresión y las condiciones sociales, familiares y dependencia en adultos mayores con Seguro Social que acudieron a la consulta ambulatoria de un hospital público de Quito.

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Participaron 390 pacientes adultos mayores (178 varones y 212 mujeres) sin tratamiento antidepressivo, situación de emergencia médica, demencia ni enfermedades catastróficas. Se utilizaron la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para el diagnóstico de depresión y las escalas de Katz para independencia para las actividades de la vida diaria, socio-familiar de Gijón y datos demográficos. Se calcularon proporciones para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las numéricas. La asociación se estableció mediante chi cuadrado de homogeneidad, cálculo de Odds de prevalencia y, para la interacción de variables, se elaboraron modelos de regresión logística binaria.

**Resultados:** la prevalencia de depresión fue de 26,4% con 15,4% de episodio depresivo leve. El promedio de edad fue de 72,8 años. No se encontró asociación significativa entre depresión y sexo, nivel académico o tener pareja. La depresión demostró, en cambio, guardar relación con la pertenencia a ciertos grupos sociales ( $p= 0,049$ ), dependencia ( $p= 0,006$ ), situación de riesgo social ( $p=0,000$ ). En la regresión logística binomial con las variables socio-familiares el mayor peso cayó sobre las malas relaciones sociales (Exp B: 1,8); en el modelo con las variables significativas, fue sobre la dependencia (Exp B: 2,6). Los modelos clasifican correctamente a los deprimidos en un 74% de casos. La edad

mayor de 80 años, bajo nivel académico, sexo femenino y no tener compañero/a, se tornan significativas (p valor menor a 0,05) al interactuar con riesgo y problema social.

**Conclusiones:** existe asociación entre depresión y dependencia, riesgo social y pertenencia a grupos sociales. Por el peso de la relación, el perfil de las personas deprimidas en la población estudiada es de personas dependientes para actividades básicas, en riesgo social y que no pertenecen a grupos sociales. Las variables interactúan entre sí.

**PALABRAS CLAVE:** Adulto mayor, Actividades de la Vida Diaria, Condiciones Sociales, Encuesta Socioeconómica.

## ABSTRACT

**Objectives:** identify the association between depression and social risks, family conditions and dependency in older adults with social insurance who attended the outpatient clinic of a public hospital in Quito.

**Methods:** an observational, cross-sectional descriptive study was carried out. Participants were 390 elderly patients (178 men and 212 women) without antidepressant treatment, emergency medical situation, dementia and catastrophic illnesses. The MINI International Neuropsychiatric Interview for the diagnosis of depression and the Katz index of Independence in activities of daily living, family partner of Gijon and demographic data were used. Proportions were calculated for categorical variables and measures of central tendency and dispersion for numerical variables. The association was established by chi square of homogeneity, Odds calculation of prevalence; for the interaction of variables, models of binary logistic regression were elaborated.

**Results:** the prevalence of depression was 26.4% with 15.4% of mild depressive episode. The average age was 72.8 years. No significant association was found with sex, academic level and having a partner. We found a relationship with social group membership ( $p=0.049$ ), dependency ( $p=0.006$ ), social risk situation ( $p=0.000$ ). In the binomial logistic regression with the socio-family variables, the greatest weight was for poor social relations (Exp B: 1.8); in the model with the significant variables, was dependency (Exp B: 2.6). The models correctly classify the depressed in 74% of cases. The age over 80, low academic level, female sex and not having a partner, become significant ( $p$  value less than 0.05) when interacting with risk and social problem.

**Conclusions:** there is an association between depression and dependence, social risk and belonging to social groups. Due to the weight of the relationship, the profile of depressed people in the studied population is dependent for basic activities, social risk and not belonging to social groups. The variables interact with each other.

**KEYWORDS:** Elderly, Activities of Daily Living, Social conditions, Socioeconomic survey.

## I. INTRODUCCIÓN

La Constitución del Ecuador de 2008 considera al adulto mayor dentro de los grupos de atención prioritaria y -en sus artículos 36, 37 y 38- garantiza su atención y cuidado (1).

El conocimiento de las condiciones en que viven los adultos mayores y la calidad de vida es importante para mejorar su atención y para dirigir políticas asistenciales (2).

Se estima que el 7% de la población ecuatoriana tiene más de 65 años, valor que se corresponde con el dato a nivel mundial (3). La población en el mundo cada vez vive más y la pirámide poblacional se ensancha. Es importante que la población senil no solamente viva más sino mejor. Por ello, la calidad de vida, concepto que cobra cada vez mayor vigencia en el mundo actual, se aplica especialmente a esta población (4).

Es alta la morbilidad del adulto mayor, cuya demanda de servicios de salud acusa un alza consecuentemente. En conjunto, las enfermedades crónicas provocan un progresivo aumento de la dependencia (5). La depresión es uno de los trastornos neuro-psiquiátricos más frecuentes en personas mayores de 65 años. En Latinoamérica se han reportado altas prevalencias de depresión en el adulto mayor en la población general, desde una prevalencia anual de 6,7% en el Perú (6) hasta una prevalencia anual de 39,1% en Ecuador, según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en el Adulto Mayor (7). La depresión es más prevalente en pacientes institucionalizados y hospitalizados. En Chile, un estudio reportó una prevalencia de depresión en adultos mayores, en el Hospital Militar de Santiago, de 22,13% (8). Un estudio retrospectivo de morbilidad, realizado en la consulta ambulatoria geriátrica de un hospital público de Colombia, encontró que la depresión fue el trastorno mental más frecuente: 11,5% en mujeres y 4% en hombres (9).

La depresión agrava las comorbilidades del adulto mayor. Los costos en los tratamientos de las enfermedades crónicas se incrementan de manera importante. Estos costos subieron de \$11 956 anuales, en pacientes adultos mayores sin depresión, a \$20 046 con depresión, según un estudio en los Estados Unidos (10).

Varios factores están asociados con la depresión del adulto mayor, y el grado de influencia es diferente según la población. El propósito de este estudio fue precisamente identificar la relación de factores sociales, familiares y la dependencia, con la depresión y, en alguna medida, evaluar la fuerza de esta asociación en una población específica y de características propias: adultos mayores con Seguro Social.

## **II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **II.1. Planteamiento del problema**

El adulto mayor sufre más enfermedades y requiere de mayor atención a su salud. La atención de salud en el Ecuador es totalmente gratuita; esto ha hecho que la demanda por los servicios públicos se haya incrementado de forma importante, lo cual ha aumentado los costos sustancialmente (3). Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento del Ecuador, 7 de cada 10 adultos mayores han solicitado atención médica en los últimos 4 meses; de estos, un 38% ha sido atendido en un hospital o centro médico público (7). Como quedó dicho antes, la depresión es un problema importante en el adulto mayor. Una mayor tasa en el uso de servicios de salud (11) y costos mayores de atención en adultos mayores deprimidos han sido demostrados, especialmente mediante estudios realizados en países europeos (12,13). Una amplia revisión reciente de 74 estudios evidenció que los adultos mayores con depresión presentan una menor calidad de vida; asimismo, que existe una relación inversa entre gravedad de la depresión y calidad de vida (14).

La depresión es un proceso multifactorial más estudiado en el adulto que en el adulto mayor. En Alemania, algunos factores -como el sexo femenino, la institucionalización, el cuidado de los familiares y el estado de dependencia- han demostrado una asociación significativa con las necesidades no satisfechas del adulto mayor en depresión, esto fue demostrado en un estudio de 1179 personas mayores de 75 años (15).

Otro factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor tiene que ver con el soporte social. En este sentido, en Alemania se reportó una asociación entre la soledad y



el riesgo de padecer depresión, tanto en mujeres como en hombres (16). Un estudio en Tailandia encontró que solo un 38% de personas mayores de 80 años con depresión tenía una red social diversa (17). Otro estudio en el Reino Unido encontró asociación entre redes sociales fuertes y una disminución en la posibilidad de presentar depresión, así como también la existencia de una progresión desde el deterioro cognitivo leve hasta la demencia en adultos mayores con malas redes sociales (18). Un estudio de cohorte prospectivo a 6 años, realizado en Estados Unidos con 1991 personas mayores de 65 años, reportó que la depresión y el dolor se asocian con la reducción de la participación social (19). En uno de los pocos estudios latinoamericanos, realizado en una población pobre de Brasil y con alto grado de violencia, se encontró que pacientes con depresión y mala percepción de su salud tenían un soporte social más bajo (20). Otro estudio transversal, realizado en Brasil con 1012 personas mayores de 60 años, halló una menor prevalencia de síntomas depresivos en personas con varios indicadores de envejecimiento activo: trabajo, hablar con amigos y hábito de lectura (21).

Asimismo, algunos estudios han encontrado que la situación socioeconómica puede influir de manera importante en la depresión del adulto mayor. En general, es más frecuente la depresión en situación de riesgo social, por lo menos en países del primer mundo (22). Un estudio, realizado con 1879 personas adultas mayores en áreas rurales de China, demostró que existe una asociación entre pensamientos suicidas y bajos ingresos económicos, enfermedades crónicas, trastorno depresivo mayor y dependencia (23). En el Reino Unido se evidenció que la depresión y la ansiedad fueron notablemente mayores en los migrantes adultos mayores que vivían solos y en condiciones socioeconómicas adversas (24). Un estudio transversal en Arabia Saudita, en el que participaron 7970

adultos mayores, reportó una relación significativa de la depresión con el desempleo, el divorcio o la viudez, el vivir solo/a y el bajo nivel de educación (25). En México, un estudio realizado con 384 pacientes mayores de 60 años entrevistados, encontró que 72,1% tenían depresión, la cual demostró ser más frecuente en mujeres, personas no productivas (jubiladas o desocupadas), dependientes, de hogares disfuncionales y en los que no se realizaba actividad física alguna (26). Otro estudio, realizado en el Instituto Mexicano de Seguro Social con 393 adultos mayores, encontró una prevalencia mayor de depresión en mujeres y, especialmente, en familias disfuncionales (27). A pesar de lo expuesto, aún persisten algunas controversias, por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Colombia, no se reportó que hubiera una relación estadísticamente significativa entre depresión, ingresos menores a un salario mínimo o la fuente de dichos ingresos (28). Similar resultado arrojó otra investigación realizada en Cuba (29).

De lo expuesto se concluye que existe relación entre la depresión y aspectos socioeconómicos y familiares; con todo, algunos hallazgos son contradictorios. La mayoría de los estudios, además, se han realizado en países del primer mundo, por lo que sus resultados difícilmente pueden ser válidamente extrapolados a Latinoamérica. Las condiciones socioeconómicas son factores modificables, y algunas intervenciones sobre aspectos específicos han demostrado una influencia favorable sobre la depresión. Así sucede, por ejemplo, en un estudio en Sudáfrica, el cual reportó que el simple hecho de involucrarse en actividades comunitarias puede ayudar a minimizar la carga de depresión en el adulto mayor; sugiere su autor que se realicen estudios sobre el tema a gran escala (30). Además, muy pocos estudios han utilizado las mismas variables, y no se ha explorado cómo las referentes a situación familiar o económica, vivienda, relaciones

sociales y apoyo de la red social se relacionan unas con otras. Por otro lado, un factor importante en el adulto mayor, que va de la mano con el deterioro progresivo de las funciones, es la dependencia. Existen estudios que han relacionado la dependencia con la depresión. Un estudio longitudinal en 1880 adultos mayores determinó que los síntomas depresivos favorecen el desarrollo de dependencia funcional, por lo que en él se recomienda su reconocimiento sistemático (31); sin embargo, no se ha establecido que haya interacción de la misma con los factores mencionados. La importancia de detectar factores modificables es primordial, si se determina como objetivo el lograr algunos cambios en el sistema de salud que aseguren un tratamiento y seguimiento adecuados de la depresión (32).

El presente trabajo observacional, descriptivo, transversal se propuso como objetivo principal explorar la relación entre la depresión del adulto mayor y aspectos socio-familiares (condiciones de vivienda, soporte o relaciones familiares), dependencia, así como la interacción entre estos y otros factores demográficos en pacientes adultos mayores. Estos adultos recibían atención en la consulta externa del hospital más importante de la Seguridad Social del Ecuador, el Carlos Andrade Marín de Quito. Consideramos que ello contribuirá al conocimiento del problema y a la toma de medidas adecuadas para su prevención y tratamiento, pues se trata de factores potencialmente modificables.

La pregunta de investigación planteada fue: ¿Qué relación existe entre la depresión, las condiciones sociales, familiares y la dependencia, y qué interacciones se establecen entre estas variables en el adulto mayor que acudió a la consulta externa del hospital Carlos Andrade Marín de la seguridad social de Quito en 2018?

## **II.2. Justificación**

La transversalización o integración (mainstreaming) del envejecimiento es un concepto actual. El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y la Comisión Económica para Europa lo ha definido como la inclusión sistemática del envejecimiento, dentro de los aspectos relacionados con los sectores social, político, económico y cultural. Se realiza esa inclusión por medio de la integración del adulto mayor en planes o estrategias nacionales de desarrollo. Se la instrumenta en cada país mediante leyes y normas locales. Dentro de las técnicas para realizar la transversalización está la recopilación de datos, es decir, la investigación epidemiológica (33).

La esperanza de vida en América Latina es menor que en países desarrollados, y la esperanza de vida saludable es aún menor (58 versus 66,1 años); es decir, los latinoamericanos vivimos menos y, buena parte de nuestros años, en mala condición de salud. Son la causa de ello las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales aumentan la dependencia y los estados depresivos en el adulto mayor y llevan a una utilización frecuente de servicios de salud (34).

El Plan Toda una Vida – Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, en su objetivo 1 (derechos para todos durante toda la vida), incluye las actividades de varios ministerios: Salud, Educación, Vivienda, Inclusión económica y social, así como Economía, entre otros. Entre las principales políticas y lineamientos están el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, la prevención y promoción de la salud, la prestación universal y gratuita de los servicios de salud, la promoción de hábitos de alimentación nutritiva y saludable, el fomento del tiempo dedicado al ocio activo, la actividad física y deportiva

de acuerdo a la edad, como también otras políticas que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población (35).

La depresión puede agravar las enfermedades crónicas del adulto mayor y viceversa. Los factores sociales, familiares y económicos influyen de manera importante en la depresión del adulto mayor y -por ser factores modificables- su intervención ha demostrado, en varios estudios, tener efecto benéfico (17, 19, 23, 24), aunque existen resultados controversiales (28 y 29). La evidencia apunta a que los factores socio-familiares tienen diferente peso en lo referente a la depresión. Hay estudios que no encuentran relación con esta en los ingresos económicos; hallan, sin embargo, que el apoyo social influye más en la depresión. Los resultados son diferentes en países de altos y bajos ingresos. En Ecuador, específicamente en la población de afiliados al Seguro Social, no se han realizado estudios sobre la relación existente entre las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores y la depresión. El Hospital Carlos Andrade Marín tiene un área de influencia en alrededor de 50000 adultos mayores. Se hace indispensable conocer las condiciones socioeconómicas de estos y cómo se relacionan con la depresión.

La atención al paciente adulto mayor deprimido es tarea de todos. Es tarea, para empezar, del Estado, mediante programas sociales y económicos que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores; mediante la mejora de la calidad en la atención de salud y en la formación de especialistas, necesarios en el equipo de atención integral del adulto mayor deprimido (geriatras, psiquiatras, psicólogos, fisiatras, cuyo déficit coincidentemente viene a ser el mayor que tiene el país); mediante profesionales, también, que mejoren el conocimiento y la investigación en este campo. Es tarea, asimismo, de los familiares,

quienes deben asumir su rol en el cuidado afectivo del anciano; y lo es, en fin, de la población mediante la inclusión social.

El presente estudio aporta al conocimiento de las condiciones sociales y familiares del adulto mayor, aplicando la escala socio-familiar, y de su relación de estas con la depresión. Con ello contribuye, mediante un mejor conocimiento del problema, a la intervención directa sobre estos factores y a mejorar la atención a ese grupo poblacional de afiliados al Seguro Social. Este grupo será finalmente el más beneficiado; pero este beneficio no será el único, pues el estado depresivo agrava otras enfermedades y aumenta los gastos en salud por las visitas frecuentes al médico. Además, el estudio establece la relación existente entre cada uno de los parámetros de la escala socio-familiar de manera independiente; asimismo, la relación de la dependencia y de factores sociodemográficos, lo que ha de ser de utilidad para identificar los factores de mayor peso y planificar intervenciones en orden a mejorarlos. Aporta finalmente, con la presentación de varias interacciones entre variables que ayudarán a predecir el apareamiento de depresión en pacientes adultos mayores con seguro social, lo cual no se ha hecho anteriormente.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **III.1. Aspectos políticos**

Varios acuerdos internacionales han sido suscritos por el Ecuador para ejecutar políticas de atención especial para los adultos mayores. Mención especial merece el Acuerdo de Brasilia, en el que se reafirma el compromiso de los países para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de la tercera edad (2).

En el Ecuador se calcula que hay 1 229 089 adultos mayores (proyección de población de acuerdo al censo de 2010); de ellos, 420 000 (37%) tienen derecho a la Seguridad Social. En general, la población de adultos mayores se incrementa cada vez más (3).

#### **III.2. Aspectos demográficos**

La esperanza de vida en el mundo ha aumentado. En 2012 era de 72,7 y 78,1 años para hombres y mujeres respectivamente, es decir, 6 años más que en 1990. En países ricos las personas viven más. Las mujeres en Japón viven, en promedio, hasta los 87 años, los hombres en España hasta los 83,7 años (36). A nivel mundial la proporción de personas mayores de 60 años se ha incrementado: de 9% en 1994 a 12% en 2014, y se espera que llegue a 21% en 2050 (36). En el Ecuador, la esperanza de vida también ha aumentado, actualmente se encuentra en 75,6 años (72,7 para hombres y 78,7 para mujeres) (7). De 1229 089 adultos mayores en el Ecuador, el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino (53%) con un índice de feminidad de 115. Este fenómeno de “feminización de la vejez” ocurre en el mundo entero (37).

### **III.3. Envejecimiento**

En el envejecimiento “normal” hay aumento de la grasa, disminuyen el agua total, la masa y la fuerza muscular, la densidad ósea, el gasto cardiaco, la elasticidad pulmonar, los sentidos (el gusto por ejemplo), hay fibrosis articular, atrofia cerebral; es decir, el envejecimiento es global (38).

### **III.4. Depresión en el adulto mayor: definición - prevalencia**

La CIE-10 clasifica al episodio depresivo como parte de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y, la categoría F33, la de trastorno depresivo recurrente. En el episodio depresivo el paciente sufre un decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés, hay cansancio fácil y desconcentración, habitualmente sueño perturbado y disminución del apetito y la autoestima; si el cuadro se agrava, aparecen además síntomas somáticos. De acuerdo con la intensidad de los síntomas del episodio depresivo, este puede ser leve, moderado o severo. Incluye episodios únicos de depresión psicógena, depresión reactiva y reacción depresiva (39).

El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por episodios repetidos de depresión con los síntomas descritos para el episodio, sin ninguna historia de episodios distintos con elevación del ánimo y cuadro de manía. El comienzo puede ser agudo y la duración varía de pocas semanas a varios meses; incluye, por cierto, depresión psicógena, depresión reactiva y reacción depresiva (39).

La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía de acuerdo con el tipo de población y el desarrollo de los países. Se estima en 13,5% (40). En Europa, el estudio Euro-dep



reportó prevalencias variables para diferentes países: Islandia con 8.8% presentó el valor más bajo, y Alemania con el 23,6% el más alto (41). Un estudio transversal de prevalencia que utiliza los criterios de episodio depresivo (CIE-10) en varios países, en el que participaron 17 000 personas mayores de 65 años reportó: Cuba 4,9%, República Dominicana 13,8%, Puerto Rico 2,3%, China urbana 0,3%, China rural 0,7%, India urbana 3,9%, India rural 12,6% y Nigeria 0,5% (42).

En México se han hallado proporciones que oscilan entre 26 y 66%. Durán Badillo y col. encontraron en una comunidad urbano marginal de Tamaulipas una prevalencia de 60% de depresión leve y establecida (43). En Perú se ha reportado una prevalencia de 15,97% de depresión en pacientes ingresados en varios hospitales (44) y de 9,8% en la comunidad (45).

En Ecuador se han realizado pocos estudios en adultos mayores, la mayoría tesis de grado para tercero y cuarto niveles, una de Andrade G reportó prevalencia en pacientes institucionalizados de 70%; mientras que otra, de Crespo J realizada en una pequeña población, reportó el 93%, resultados elevados. No se encontraron estudios de prevalencia en afiliados a la Seguridad Social.

La depresión del adulto mayor es más frecuente en mujeres viudas, en personas aisladas, institucionalizadas y sometidas a estrés, en personas pobres (46), en personas con multimorbilidad y condición socioeconómica auto-reportada como “mala” (47).

### **III.5. Diagnóstico y Tamizaje**

Los estados depresivos de los adultos mayores son frecuentes y se desarrollan en un contexto especial en el que se produce deterioro de la salud, disminución de actividad

física, enfermedades, pérdida de amigos y familiares y declinación socio-económica (48). Hablar sobre los problemas del adulto mayor fuera de la consulta ayuda al paciente a manifestar más libremente los síntomas de depresión (49).

La variación de la sintomatología de depresión en el adulto mayor hace difícil la precisión diagnóstica y su diferenciación con otras enfermedades (50).

Frecuentemente se dificulta diagnosticar la depresión en el adulto mayor, y se puede considerar como un estado normal y una parte del envejecimiento, puesto que suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida (51). Además, los adultos mayores pueden tener síntomas depresivos importantes sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos de trastorno depresivo. Esta condición es llamada “depresión subclínica” y tiene una prevalencia de 10% en la comunidad (52).

Pueden ser utilizados para el diagnóstico los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), que distingue episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor. En el episodio depresivo mayor el estado de ánimo deprimido dura al menos dos semanas, se presentan en él por lo menos cinco síntomas de nueve del listado correspondiente y debe estar incluido el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o capacidad para el placer; pero, además, los síntomas no deben corresponder a un episodio mixto, deben provocar deterioro social o de la actividad, no deben ser causados por fármacos o sustancias (53). El duelo fue excluido en la versión DSM-V, aunque eso ha causado controversia (54).

La M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) contiene los criterios del CIE-10, es corta y fácil de utilizar. Los criterios diagnósticos del CIE-10 mencionan 10

síntomas, a diferencia del DSM-IV, y contienen criterios distintos para cada nivel del episodio depresivo, el cual debe durar al menos dos semanas. Puede ser:

Leve, con presencia de al menos 2 de los siguientes 3 síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal, presente la mayor parte del día y casi todos los días, se modifica muy poco con las circunstancias ambientales.
2. Marcada pérdida del interés o del disfrute de actividades que antes eran placenteras.
3. Falta de vitalidad y aumento de la capacidad de fatiga.

Un síntoma o síntomas adicionales de la siguiente lista hasta completar cuatro.

4. Pérdida de confianza, autoestima y sentimientos de inferioridad.
5. Reproches desproporcionados hacia sí mismo/a y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
6. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cualquier conducta suicida.
7. Disminución de la capacidad de concentración y pensamiento, acompañada de vacilación y falta de decisión.
8. Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición.
9. Alteraciones del sueño.
10. Cambios en el apetito (aumento o disminución) y modificación del peso.

Moderado, con 2 síntomas del primer grupo y 4 del segundo hasta completar al menos seis. Hay dificultad para realizar las actividades ordinarias.

Grave sin síntomas psicóticos, con 2 síntomas del primer grupo y 6 del segundo hasta completar al menos ocho; síntomas marcados y angustiantes, pérdida de la autoestima, ideas de inutilidad y culpa, síntomas somáticos e ideas suicidas. Es probable que no pueda realizar sus actividades.

Grave con síntomas psicóticos: similar al anterior, pero aparecen alucinaciones y delirios, retraso psicomotor y estupor que imposibilita la realización de actividades sociales, genera riesgo para la vida por suicidio o inanición.

Trastorno depresivo recurrente: presencia de cualquiera de los episodios en dos o más ocasiones sin historia de episodios distintos con aumento del ánimo y de la energía (manía) (55).

Varios instrumentos para tamizaje han sido desarrollados y validados para diagnosticar depresión al adulto mayor en atención primaria de salud. Entre los principales tenemos:

- Dos preguntas filtro (Two Questions Screener), con una especificidad de 97% y sensibilidad de 67%. El cuestionario consiste en dos preguntas sobre humor depresivo. Es la primera: durante el último mes ¿se ha visto a menudo perturbado/a por sentirse decaído/a, deprimido/a o sin esperanza?; y la segunda: durante el último mes ¿se ha visto a menudo perturbado/a por bajo interés o placer en hacer sus cosas? (56).
- Escala de Depresión Geriátrica (Test de Yesavage). Desde la versión original de 30 ítems, se han presentado versiones de 20, 15, 12, 10, 5 y 4 preguntas. Actualmente se usan las versiones de 15 y de 5 ítems con preguntas dicotómicas, con puntos de corte para depresión en 5 y 2 preguntas afirmativas respectivamente

(57). Las dos versiones han demostrado ser eficaces. La escala de cinco preguntas demostró sensibilidad de 94% y especificidad de 81% (58).

- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Puede ser usado para control en el tratamiento de la depresión. Se ha reportado una sensibilidad de 88% y especificidad de 88% para diagnóstico de depresión mayor (59). Existen también varias versiones como PHQ-15, PHQ-8. Esta última versión ha sido utilizada para diagnóstico de depresión actual en la población con un punto de corte de 10 (60).
- Escala de Cornell para Depresión en Demencia, un estudio de validación de la escala realizado en Tailandia. En pacientes institucionalizados reportó una sensibilidad de 100%, especificidad de 81% y un VPP de 69% (61).
- Escala del Centro Epidemiológico para estudio de Depresión. Es uno de los instrumentos más utilizados en la comunidad en atención primaria (62).

### **III.6. Causas**

Varios factores, tanto biológicos como psicológicos, pueden contribuir a causar la depresión. Con respecto a posibles causas biológicas, el trastorno depresivo mayor forma parte de las enfermedades genéticamente complejas, en las que tanto factores genéticos como ambientales intervienen en su etiología (63).

Se han encontrado diferencias en el tamaño de varias estructuras cerebrales, como hipocampo y para-hipocampo (64), amígdala y corteza prefrontal (65). También se han visto cambios en el metabolismo y tamaño neuronal. Se conoce la participación de las monoaminas, el posible papel de otros neurotransmisores como ácido amino butírico y

glutamato, la interacción de la vulnerabilidad genética y el estrés, la influencia de la inflamación por acción del interferón alfa y las citosinas (66). El factor vascular también parece influir de manera importante. El término “depresión vascular” se refiere a la depresión de inicio tardío, en la que se presume una etiología cerebrovascular (67). Por otra parte, se ha propuesto que la depresión puede estar asociada a un mayor riesgo de enfermedad vascular cerebral (68). En la depresión del adulto mayor se ha detectado daño en la vía frontal subcortical, ganglios basales y sustancia blanca periventricular del cerebro, sea por neurodegeneración o trastorno vascular (69).

Durante varias décadas se ha estudiado la etiología de la depresión en base a la serotonina (5-HT) y la neurotransmisión. La evidencia inclina a pensar que la depresión debe ser considerada una enfermedad sistémica desencadenada por varios factores que finalmente afectan al sistema de la 5-HT en individuos vulnerables (70).

Desde el punto de vista psicológico varias teorías intentan explicar la depresión; entre otras, las teorías cognitivo-conductuales, que involucran la disminución del refuerzo positivo, el entrenamiento en autocontrol, el modelo de Nezu, la teoría de la indefensión aprendida, la teoría cognitiva de Beck y el enfoque interpersonal (71). En este sentido, se ha encontrado que la terapia de comportamiento cognitivo y de resolución de problemas en general son eficaces (72). Bajo la teoría psicodinámica, la depresión sería el resultado de la ira dirigida hacia dentro (introyectada) por la relación perdida -por viaje o muerte- con una persona importante. Los ancianos más propensos a deprimirse son los que interiorizan las emociones negativas (73).

### **III.7. Factores de riesgo**

Los factores de riesgo más estudiados son: sexo femenino, aislamiento, separación marital (viudez, divorcio), bajo estatus económico, comorbilidad, dolor no controlado, insomnio, discapacidad funcional y discapacidad cognitiva (74).

Se debe considerar también que el estado depresivo en el adulto mayor se relaciona directamente con la herencia, pues las personas con familiares que hayan padecido trastornos depresivos, tienen mayor riesgo de presentar la enfermedad en alguna etapa de la vida (75).

Se han estudiado varios factores de riesgo de depresión en el adulto mayor. El insomnio no solo es un factor de riesgo para depresión, sino que su presencia se asocia con la persistencia de depresión. Así, se demostró en el proyecto IMPACT (estudio multicéntrico con participación de 1801 pacientes de edad avanzada) que los pacientes con insomnio tuvieron 1,5 a 3,5 más probabilidad de tener depresión, comparados con los que no tenían insomnio (76).

La relación entre depresión y demencia ha sido más estudiada. Se sugiere que la depresión en adultos mayores puede ser un pródromo de demencia (77). En cuanto a la relación con comorbilidades es frecuente encontrar patrones de enfermedades cardio-metabólicas, de ansiedad-depresión y dolor- desórdenes neuro-psiquiátricos con depresión (78).

Un estudio prospectivo de cohorte, para establecer la relación entre depresión y suicidio en 113 478 adultos mayores, encontró que a mayor depresión existe mayor riesgo de suicidio (79).

### **Factores socioeconómicos**

Las malas condiciones socioeconómicas influyen en la depresión del adulto mayor. Un estudio longitudinal, en 2461 adultos mayores pobres y 1668 no pobres, dio como resultado que los síntomas depresivos son más altos en los pobres, pero con el tiempo se estabilizan y, en un grupo importante de pobres, con el tiempo decrecen. Los adultos mayores que no participan en redes sociales incrementan los síntomas depresivos; y son los pobres los que participan menos, probablemente por tener menos oportunidades. Los hallazgos de este estudio realizado en Korea concluyen que hay patrones diferenciales en salud, riesgo social y depresión que deben facilitar la diferenciación de grupos vulnerables para romper el vínculo pobreza-depresión (80).

Un estudio en mujeres adultas mayores de México encontró asociación entre maltrato y depresión y que el apoyo social amortigua esa asociación. El estudio subraya la relevancia de los programas dirigidos a aumentar el apoyo social entre los adultos mayores (81).

El aislamiento influye directamente en la salud y la calidad de vida del adulto mayor (82).

Un estudio en Irán reportó 90.2% de adultos mayores asilados con depresión (83).

Otro estudio, realizado en México con 320 personas mayores de 65 años hospitalizadas, encontró una prevalencia de depresión en un 50%, de las cuales 62% eran dependientes, estableciendo así una relación importante entre depresión y grado de dependencia (84).



### **III.8. Tratamiento**

Solo el 11% de pacientes adultos mayores son tratados de manera adecuada, y más de la mitad no reciben tratamiento. Las opciones, como en los grupos de cualquier edad, son: tratamientos biológicos, psicofármacos, terapia electroconvulsiva y psicoterapia, en amplio sentido, sin descuidar los factores de riesgo (85).

En cuanto al tratamiento de la depresión en el adulto mayor, se deben tomar en cuenta varios factores: comorbilidades, fármacos y otros tratamientos que reciba, monitoreo del tratamiento para eficacia y efectos secundarios, asegurando un seguimiento estrecho. El especialista en salud mental debe prescribir los fármacos que considere y debe evaluar al paciente. Para cuando ya no se desea recibir fármacos, generalmente se realiza psicoterapia y terapia somática (86). Otros factores del envejecimiento activo como la interacción social, la actividad física, y la comunicación con la familia han demostrado tener un efecto protector para la depresión (87,88).

El tratamiento exige la atención de un equipo, en el cual se contemple psicología y trabajo social para adultos mayores; con esto, se ahorra la inversión en recursos para salud y se obtienen mejores resultados (89).

## **IV. OBJETIVOS**

### **IV.1. Objetivo general**

Identificar la asociación existente entre la depresión y las condiciones sociales, la situación familiar y la dependencia en la población de adultos mayores afiliados a la Seguridad Social en la consulta externa del año 2018 en el Hospital Carlos Andrade Marín de Quito.

### **IV.2. Objetivos específicos**

1. Estimar la prevalencia de depresión en pacientes adultos mayores de la consulta externa del Hospital CAM
2. Describir las características sociodemográficas y económicas de los pacientes adultos mayores de la consulta externa del Hospital CAM
3. Analizar la situación familiar, situación económica, condición de la vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social de forma individual; identificar la asociación de estas condiciones con la depresión detectada en la consulta externa del Hospital CAM
4. Identificar la relación entre dependencia y depresión en pacientes adultos mayores que acudieron a la consulta externa del Hospital CAM
5. Describir la interacción entre las variables demográficas, socio-familiares y de dependencia y su relación con la depresión detectada en la consulta externa del Hospital CAM

## V. HIPÓTESIS

El presente estudio plantea hipótesis de trabajo:

H1:

Las condiciones sociales, familiares y dependencia se asocian con la depresión en el adulto mayor que acude a la consulta del hospital Carlos Andrade Marín.

H0:

Las condiciones sociales, familiares y de dependencia NO se asocian con la depresión en el adulto mayor que acude a la consulta del hospital Carlos Andrade Marín.

H2:

Las condiciones sociales, familiares y de dependencia establecen entre sí relaciones predictivas con la depresión en el adulto mayor que acude a la consulta del hospital Carlos Andrade Marín

H0:

Las condiciones sociales, familiares y de dependencia NO establecen entre sí relaciones predictivas con la depresión en el adulto mayor que acude a la consulta del hospital Carlos Andrade Marín

## **VI. METODOLOGÍA**

### **VI.1. Diseño del estudio**

El diseño de la presente investigación es observacional, descriptivo, transversal.

### **VI.2. Población**

La población de adultos mayores que se atiende en la consulta externa anualmente en el HCAM es de 227 000 personas de las cuales 75400 son personas mayores de 61 años, lo cual nos da una aproximación de la cantidad de adultos mayores atendidos. La cobertura es de 2 800 000 personas por ser un hospital de referencia de las provincias del centro-norte del país. El HCAM es un hospital público de la Seguridad Social que atiende especialidades y subespecialidades, está ubicado en la ciudad de Quito y tiene una capacidad de 650 camas. La consulta externa de Medicina Interna atiende con ocho médicos tratantes, durante el año 2014 atendió 6824 consultas de pacientes mayores de 61 años (90). La población de interés, es decir, la que corresponde a la línea de investigación, fueron los pacientes adultos mayores deprimidos y, la población de estudio, sobre la que se hizo el muestreo, fueron los adultos mayores que asistieron a la consulta externa de Medicina Interna del hospital Carlos Andrade Marín durante los primeros cuatro meses del año 2018.

### **VI.3. Muestra**

La muestra fue no probabilística y el muestreo secuencial. Se aplicó encuesta elaborada a los pacientes adultos mayores que asistieron a la consulta externa de Medicina Interna durante los 4 primeros meses de 2018, tiempo que tomó entrevistar a la totalidad de

pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y no tuvieron criterios de exclusión.

El tamaño muestral, calculado mediante fórmula para estimación de frecuencias, fue de 385. En el estudio fueron incluidos 390 pacientes. Se consideró una prevalencia de 50% por no encontrarse estudios en adultos mayores afiliados a la Seguridad Social.

Se realizaron 474 encuestas y se descartaron 84 y la muestra final fue de 390 pacientes. Fueron descartadas 29 encuestas por datos incompletos, 27 encuestas por incongruencia de los datos, 26 por no contar con consentimiento informado firmado y 2 por morbilidad, a pesar de que se aplicó anteriormente la Escala de comorbilidad de Charlson (gráfico1).

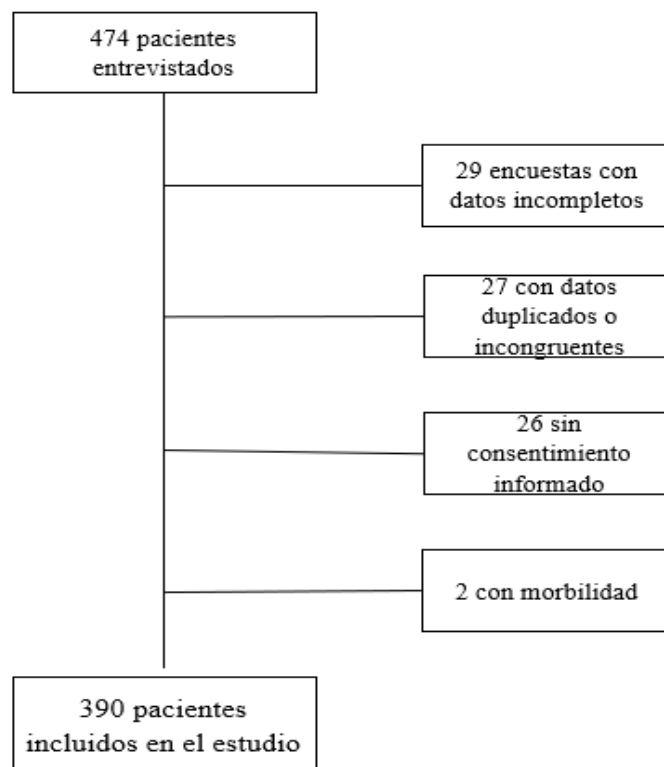


Gráfico 1: Secuencia de muestreo

El porcentaje de pérdidas fue de 21% y superó al 15% estimado en el cálculo muestral (anexo 3).

#### **VI.4. Criterios de selección**

##### **Criterios de inclusión**

Pacientes mayores de 65 años de ambos sexos que asistieron a atenderse en la consulta externa del hospital, incluidas primeras y subsecuentes atenciones

Pacientes que voluntariamente desearon participar y contestar la encuesta

##### **Criterios de exclusión**

Pacientes con alteración del lenguaje que impidió contestar la encuesta

Pacientes en situación de emergencia médica

Pacientes con demencia que impidieron contestar la encuesta

Índice de comorbilidad igual o mayor de 3 (Charlson)

Pacientes con diagnóstico y tratamiento para depresión al momento de la encuesta

En el presente trabajo se optó por excluir a los pacientes con demencia y con enfermedades crónicas y/o catastróficas por cuanto se consideró que, en el primer caso, se dificultaba la realización de la encuesta y se dificultaba valorar de buena forma el estado de ánimo y, en el segundo caso, porque es difícil establecer una línea de corte que separe el sentimiento de tristeza por padecer las enfermedades, de la depresión per se; sin embargo, varios estudios incluyen estas variables para establecer asociación y los consideran factores de riesgo.

## **VI.5. Operacionalización de variables**

Variable de supervisión principal de estudio: depresión

Variables asociadas: las demás

La tabla 1 contiene la operacionalización de variables.

Tabla 1: Operacionalización de variables

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALOR FINAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>
Depresión (variable de supervisión)	Estado de decaimiento del ánimo con reducción de la energía y la actividad de al menos dos semanas de duración	Entrevista M.I.N.I versión español Proporción	Sí No	Categorica Nominal Dicotómica	Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998; 59 Suppl. 20: 22-33. (93)
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido hasta el momento de la entrevista	Encuesta. Fecha de nacimiento Medidas de tendencia Central	Años cumplidos	Numérica Continua	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Resultados censo. Quito: INEC Ecuador; 2010 (3).
Grupo etáreo	Adultos mayores distribuidos por grupos de edad	Encuesta Fecha de nacimiento Cédula de identidad	1. 65 a 79 años 2. 80 años y más	Ordinal Dicotómica	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Resultados censo. Quito: INEC Ecuador; 2010 (3).
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que	Encuesta, autodeterminación Proporción Chi <sup>2</sup>	Masculino Femenino	Categorica Nominal Dicotómica	Freire W. SABE Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Presentación



	definen a hombres y mujeres	OR, OP			de resultados. Quito; 2009 (37).
Grado de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Encuesta Proporción Chi <sup>2</sup>	0: Ninguna 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior 4: Postgrado	Categórica Ordinal Politómica	Sulaiman A, Al-Shammari, Al-Subaie A. Prevalence and correlates of Depression among Saudi elderly. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 1999; 14: p. 739-749 (25).
Nivel académico	Nivel de instrucción alcanzado o en curso	Encuesta Proporción Chi <sup>2</sup> OR OP	Alto: secundaria o mayor Bajo: primaria y ninguno	Categórica Ordinal Dicotómica	
Estado Civil	Situación civil de una persona al momento de la encuesta	Encuesta Proporción Chi <sup>2</sup>	1: Soltero 2: Casado 3: Divorciado 4: Viudo 5: Unión libre	Categórica Nominal Politómica	Lykouras L, Rossetos G. Depression in the Elderly. Annals of General Psychiatry. 2007 April; 7(supl 1) (46).
Tener pareja	Vivir en compañía de otra persona por unión formal o informal	Encuesta Proporción Chi <sup>2</sup>	1. Con compañero/a: casado, conviviente 2. Sin compañero/a: soltero, divorciado, viudo	Categórica Nominal Dicotómica	
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña la persona y que genera recursos económicos	Encuesta Proporción Chi <sup>2</sup>	1: Desempleado 2: Subempleado 3: Jubilado 4: Empleo formal	Categórica Nominal Politómica	Galli R, Hideyuki E, Bruscatto N, Horta R, Pattussi M. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. Rev Bras

					Epidemiol. Abr-jun 2016; 19(2): 307-316 (21).
Jubilación	Pensión monetaria pagada a un trabajador por edad o años de trabajo	Encuesta Proporción Chi <sup>2</sup>	No jubilado Jubilado	Categórica Nominal Dicotómica	
Pertenencia a grupos organizados de tercera edad	Participación formal y activa en grupos organizados de personas mayores de 65 años	Encuesta Proporción Chi <sup>2</sup> OR de prevalencia	1.Sí 2.No	Categórica Ordinal Dicotómica	Wilkie R, Blagojevic Bucknall-M, Belcher J, Chew-Graham C, Lacey RJ, McBeth J Widespread pain and depression are key modifiable risk factors associated with reduced social participation in older adults (19).
Grado de Dependencia	Capacidad de realizar por sí mismo actividades básicas de la vida diaria	Encuesta Índice de Katz Proporción Chi <sup>2</sup> OR de prevalencia	1: Independiente 0-1 Ítems, realiza las actividades sin ayuda 2: Dependiente 2 o más ítems, realiza las actividades con ayuda	Categórica Nominal Dicotómica	Trigás-Ferrin M, Ferreira-González M, Mejjide-Miguez H. Escalas de Valoración Funcional en el Anciano. Galicia Clin. 2011; 72(1): p. 11-16 (95).
Situación familiar	Evaluación con escala de las condiciones en las que vive el adulto mayor en relación con su familia	Encuesta: Escala socio-familiar Proporción	1: vive con familia sin dependencia físico/psíquica 2: vive con cónyuge de similar edad 3: vive con familia y/o cónyuge y	Categórica Ordinal Politómica	Martínez A, Pastrana E, Rodríguez-Orozco A, Gómez C. Existe correlación entre Depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. Revista Médica de

			<p>presenta algún grado de dependencia</p> <p>4: vive solo y tiene hijos próximos</p> <p>5: vive solo y carece de hijos o viven alejados</p>		<p>Chile. 2009 Diciembre; 137(12): p. 1642-1643 (27).</p>
<p>Posicionamiento de acuerdo a la situación familiar</p>	<p>Condición de la situación familiar</p>	<p>Encuesta: escala socio-familiar</p> <p>Proporción</p> <p>Chi<sup>2</sup></p> <p>OR de prevalencia</p>	<p>1.Buena: vive con familia sin dependencia</p> <p>2.Mala: No vive con familia o tiene dependencia</p>	<p>Categórica Nominal Dicotómica</p>	<p>Martínez A, Pastrana E, Rodríguez-Orozco A, Gómez C. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. Revista Médica de Chile. 2009 Diciembre; 137(12): p. 1642-1643 (27).</p>
<p>Situación económica</p>	<p>Ingreso económico en dólares recibido mensualmente</p>	<p>Encuesta: escala socio-familiar</p> <p>Proporción</p>	<p>1: 2 o más remuneraciones unificadas (380 dólares)</p> <p>2: menos de dos pero más de una remuneración unificada</p> <p>3: una remuneración mínima unificada</p>	<p>Categórica Ordinal Politómica</p>	<p>Márquez C, Soriano S, García H, Falcón G. Depresión en el Adulto Mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria. 2005 octubre; 36(6) (26).</p>

			4: menos de una remuneración mínima unificada 5: sin pensión, sin otros ingresos		
Condición económica	Posicionamiento según el Ingreso económico en dólares recibido mensualmente	Encuesta: escala socio familiar Proporción Chi <sup>2</sup> OR de prevalencia	1.Buena: más de una remuneración unificada (380 dólares)  2.Mala: hasta una remuneración unificada	Categórica Nominal Dicotómica	Márquez C, Soriano S, García H, Falcón G. Depresión en el Adulto Mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria. 2005 octubre; 36(6) (26).
Vivienda	Características físicas del lugar en que habita el adulto mayor	Encuesta Escala socio-familiar Proporción	1: adecuada a las necesidades 2: barreras arquitectónicas en la vivienda o portal (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas) 3: humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, agua caliente, calefacción)	Categórica Ordinal Politómica	García E, Díaz A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Aceval V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Atención Primaria. 1999 Abril; 23(7) (98).

			4: vivienda semiconstruida o de material rústico 5: asentamiento humano (invasión) o sin vivienda		
Condiciones de Vivienda	Posicionamiento de acuerdo a las características del lugar en que habita el adulto mayor	Encuesta: escala socio-familiar Proporción Chi2 OR de prevalencia	1.Adecuada: condición óptima para las necesidades, servicios básicos  2.Inadecuada: condiciones desfavorables, barreras, no tiene todos los servicios	Categórica Nominal Dicotómica	García E, Díaz A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Aceval V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Atención Primaria. 1999 Abril; 23(7) (98).
Relaciones sociales	Entorno social en que vive el adulto mayor, relaciones con familiares, vecinos y amigos	Encuesta Escala socio-familiar Proporción	1: mantiene relaciones sociales en la comunidad 2: relación social solo con familia y vecinos 3: relación social solo con la familia o vecinos 4: no sale del domicilio pero recibe visitas de la familia	Categórica Ordinal Politémica	Wilkie R, Blagojevic Bucknall-M, Belcher J, Chew-Graham C, Lacey RJ, McBeth J Widespread pain and depression are key modifiable risk factors associated with reduced social participation in older adults (19)

			5: no sale del domicilio ni recibe visitas		
Condición de las relaciones sociales	Posicionamiento de acuerdo a las relaciones sociales	Encuesta: escala socio-familiar Proporción OR de prevalencia	1.Buenas: relaciones adecuadas con la comunidad y la familia  2.Malas: relaciones solo con la familia o está en abandono, no sale	Categórica Nominal Dicotómica	Wilkie R, Blagojevic Bucknall-M, Belcher J, Chew-Graham C, Lacey RJ, McBeth J Widespread pain and depression are key modifiable risk factors associated with reduced social participation in older adults (19)
Apoyo de la red social	Ayuda proveniente de organizaciones que trabajan en forma sincronizada en favor del adulto mayor	Encuesta Escala socio-familiar Proporción	1: con apoyo familiar o vecinal 2: voluntariado social, ayuda domiciliaria 3: tiene S. Social, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social 4: no cuenta con Seguro Social 5: situación de abandono	Categórica Ordinal Politémica	Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial. Ginebra; 2014 (22).
Condición del apoyo de la Red Social	Posicionamiento por el apoyo de la red social	Encuesta Escala socio familiar Proporción	1.Con apoyo: familiar, vecinal, voluntariado social	Categórica Nominal Dicotómica	Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mundiales: una mina de información sobre

		Chi <sup>2</sup> OR de prevalencia	2.Sin apoyo: sin voluntariado, seguro, abandono.		salud pública mundial. Ginebra; 2014 (22).
Valoración socio-familiar: Riesgo social	Diagnóstico de situación de riesgo o problema social del adulto mayor	Escala de valoración socio-familiar Gijón Proporción Chi <sup>2</sup> OR de prevalencia	1: Sin riesgo. 5-9 puntos según la escala 2: Con riesgo. 10 o más puntos según la escala	Categorica Nominal Dicotómica	García E, Díaz A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Aceval V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Atención Primaria. 1999 Abril; 23(7) (98).

## **VI.6. Procedimientos y técnicas**

El protocolo de investigación fue presentado en la Universidad Cayetano Heredia y, luego de pasar las diferentes revisiones y aprobaciones, se realizó la entrega del mismo para aprobación en la Coordinación de Investigación del Hospital Estatal Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito. Debió, además, inscribirse el proyecto en la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (Senescyt) y en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Después de autorizado el proyecto por la coordinación de investigación, se procedió a contactar con el jefe del servicio de Medicina Interna, el cual nos permitió realizar el acercamiento con los participantes. Antes de la consulta se aplicó al paciente la encuesta que incluye datos demográficos, morbilidad, la encuesta MINI versión en español, Índice de Katz, Índice de comorbilidad de Charlson (como criterio de exclusión) y Escala de Gijón. La encuesta se aplicó previo consentimiento informado y tomó en promedio 35 minutos por paciente. Los encuestadores fueron un egresado de Psicología, un estudiante de Internado rotativo de Medicina previamente capacitados y el autor.

Una vez identificados los sujetos de estudio (criterios de inclusión), los encuestadores verificaron los criterios de exclusión antes de la consulta. Se aplicó el Índice de comorbilidad de Charlson y se indagó demencia por pregunta directa e historia clínica. Los entrevistadores fueron capacitados en el manejo del índice con preguntas sin términos técnicos. En cuanto al Índice de comorbilidad de Charlson, en el presente estudio se utilizó la versión abreviada para aplicarla como criterio de exclusión en pacientes con elevada comorbilidad (índice  $\geq 3$ ) (91). El índice se realizó mediante reporte del paciente. Tomó



en cuenta un listado de 8 enfermedades, de las cuales la insuficiencia renal crónica y el cáncer tienen una puntuación de 2 y, el resto, de 1. Se excluyó a pacientes con valores de 3 o más; con esto, se evitó incluir una variable de confusión pues padecer enfermedades graves por sí mismo puede llevar a tristeza y depresión (92). Se indagó, además, si estaban tomando medicación antidepresiva.

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta elaborada en la que se obtuvo datos para las variables demográficas de edad, sexo, estado civil, ocupación, pertenencia a grupos sociales y nivel de instrucción. Además, se aplicó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.), entrevista que explora los criterios del CIE-10 para diagnóstico de depresión. Se aplicaron 3 escalas: la escala socio-familiar de Gijón, el índice de Katz (dependencia) y la abreviada de morbilidad de Charlson (Anexo 1).

La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, en su versión castellana CIE-10 (M.I.N.I.), elaborada por Sheehan-Lecrubier, se basa en los criterios CIE-10 y ha sido validada por varios autores. En Europa la validación de la MINI realizada en cuatro países, comparada con el diagnóstico por expertos, encontró un 85% de concordancia (93). No requiere ser aplicada por especialista, su duración promedio es de quince minutos, lo cual permite el ahorro de 50% del tiempo que lleva realizar otras entrevistas y se ha reportado en Estados Unidos y Francia un Kappa de 0,68, sensibilidad de 86% y especificidad de 84%, comparado con diagnóstico clínico por psiquiatras (94). Fue descrita en el marco teórico (anexo 1).

El Índice de Katz fue creado en 1958. Valora actividades de la vida diaria y consta de seis preguntas dicotómicas (lo hace solo/a o con ayuda) que valoran aseo, vestido, uso

de baño, movilidad, control de esfínteres y alimentación. Según la puntuación total, los pacientes se clasifican en siete grupos nominados con las letras A hasta la G, en que la letra A corresponde a la máxima independencia y la G a la máxima dependencia.

Sus parámetros son:

- Independiente (ausencia de incapacidad) = 0 - 1 ítems positivos
- Dependiente parcial (incapacidad moderada) = 2 - 3 ítems positivos
- Dependiente total (incapacidad severa) = 4 - 6 ítems positivos

En el presente trabajo el Índice de Katz se incluyó como variable control por su fácil aplicación porque es mejor para pacientes en la consulta. Se consideró Dependientes a pacientes con 2 a 6 ítems positivos. El Índice de Barthel incluye 10 actividades básicas y no ha demostrado ser superior al de Katz. El Índice de Lawton y Brody valora 8 actividades instrumentales de la vida diaria y es sensible para detectar las primeras señales de deterioro del adulto mayor (95).

Las propiedades psicométricas del Katz se muestran en un estudio con 95 personas mayores de 56 años con diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia en el año 2006, realizado en un Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata. Allí se mostró una confiabilidad del interevaluador de 0,93 intraevaluador de 0,95, al igual que un grado de coherencia aceptable evaluado por el alpha de Cronbach (96).

Para la valoración socio-familiar se usó la Escala de Gijón, elaborada por un grupo de trabajadores sociales en España como un instrumento para la valoración social en ancianos y que toma en cuenta cinco parámetros: situación familiar, situación económica, vivienda,

relaciones sociales y apoyo de la red social (97). La puntuación óptima para cada parámetro es 1 y la peor es 5. Se interpreta como sigue:

- Aceptable situación social= 5 a 9 puntos.
- Riesgo social= 10 a 14 puntos. El adulto mayor tiene la posibilidad de sufrir un daño, cuyo origen sea una causa social. La finalidad última de la escala es la detección de estas personas para evitar que tengan un problema social.
- Problema social= 15 o más puntos. Situación que impide el desarrollo o progreso de adulto mayor. Necesita solución.

En un estudio de validación, la escala se aplicó a 1062 personas mayores de 65 años. Se encontró un coeficiente de correlación intra-clase de 0,957 y un alfa de Cronbach de 0,4467, es decir, demostró un grado de fiabilidad alto y validez aceptable (98).

Otras posibilidades de indagar la situación socio familiar es mediante cuestionarios como el Apgar que explora la función familiar mediante cinco preguntas, el de apoyo social funcional de Duke que evalúa el apoyo social percibido utilizando 11 ítems y varios cuestionarios elaborados para diferentes estudios que resultan ser largos y no han sido validados (99). La escala de Gijón ha sido validada, adaptada e incluida en los instrumentos para la valoración geriátrica integral de varios países, Perú y Ecuador, entre otros (100,101).

## **VI.7. Consideraciones éticas**

El proyecto fue aprobado y re-aprobado por el comité de bioética de la Universidad Cayetano Heredia con el código 100426 y, por el del hospital Carlos Andrade Marín, con el código 100118-01. (Anexos 4-5).

Se tomó en cuenta la declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (2013). Se respetó el derecho a la confidencialidad en todas las fases del estudio, incluido el acceso a la historia clínica. El derecho de autonomía lo ejercieron los pacientes mediante la firma de consentimiento informado elaborado para el estudio (Anexo 2). La encuesta fue anónima, y se tomó en cuenta como identificación el número de historia clínica que se encuentra en el cuestionario elaborado (Anexo 1).

Por ningún motivo se romperá el secreto de confidencialidad, y la información recabada en la encuesta fue ingresada a un archivo personal del autor. Se firmó un acuerdo de confidencialidad.

La presente investigación no tuvo afectación sobre el paciente, por lo que no se realizó ningún tipo de intervención.

Los test utilizados en la presente investigación (MINI, Katz, Charlson y Gijón) son de libre acceso y uso, por lo que no fue necesaria una autorización especial.

En los casos diagnosticados con episodio depresivo grave, los pacientes fueron remitidos al especialista de manera inmediata.

Se garantizó en todo momento el derecho de autonomía para decidir la participación en el estudio y, asimismo, la libertad de retirarse en el momento que desee hacerlo el paciente.

La decisión de negarse a participar no influyó en la atención que recibió el paciente, de lo cual fue informado antes de dar su consentimiento.

### **VI.8. Plan de análisis**

Primero, se realizó la recopilación de datos. Para ello se elaboró una hoja de trabajo de Excel y hoja de trabajo en el programa SPSS versión 22 en español, con licencia y autorización del Hospital Carlos Andrade Marín. Se utilizó estadística descriptiva para datos demográficos: proporciones para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las numéricas. Se calculó proporción de depresión, de dependencia y de condiciones socioeconómicas. El análisis bivariado para identificar asociación se realizó mediante chi cuadrado de homogeneidad con la depresión como variable fija, pues se trabajó con variables categóricas. Cuando el p valor fue menor de 0,05 se midió la asociación mediante OR de prevalencia. Se analizó cada ítem de la escala de Gijón para identificar relación individual con depresión, previa dicotomización de las variables. Se elaboró además modelos de regresión logística binomial para identificar el “peso” estadístico y las interacciones de cada una. Para buscar interacción entre las variables se trabajó con regresión logística y se añadió, cada vez, una nueva variable con el producto de las dos variables en las que buscábamos la interacción, luego se verificó si el p valor llegaba a ser significativo. Los modelos fueron ajustados a sexo y edad.

## VII. RESULTADOS

### VII.1. Estadística descriptiva

Depresión por encuesta MINI según CIE10. Como se aprecia en la tabla 2, el 26,4% de los pacientes tuvo episodio depresivo, siendo el más frecuente el episodio depresivo leve (15,4%).

Tabla 2: Frecuencia de depresión en los pacientes de acuerdo al MINI.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	287	73.6
Episodio depresivo leve	60	15.4
Episodio depresivo moderado	30	7.7
Episodio depresivo severo	13	3.3
Total	390	100.0

En el 20% de pacientes con depresión se diagnosticó trastorno depresivo recurrente.

### Variables numéricas

Las variables numéricas estudiadas fueron la edad y la escala socio-familiar de Gijón.

Los datos se resumen en la tabla 3.

Tabla 3: Variables numéricas

Variable	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	Intervalo de confianza (IC)
Edad	72,86	71,00	65	96	6,64	72,2 – 73,5
Escala de Gijón	8,52	8.00	5	18	2,34	8,3 – 8,8

La media de edad fue de 72.8 años

En cuanto a la distribución por grupos de edad, se consideró un grupo desde los 65 a los 80 años y el otro a partir de los 80 años. La proporción mayor fue del primer grupo (81,8%).

### **Variables categóricas**

Las variables sociodemográficas por sexo se resumen en la tabla 4. Hubo más mujeres desempleadas, viudas y solteras. El 54% (212) de pacientes fue de sexo femenino y 46% de sexo masculino. En la mayoría de variables no se encontró diferencias significativas por sexo; sin embargo, hubo más mujeres que hombres en secundaria (43,9% - 34,3%); la mayoría de casados fueron de sexo femenino mientras que entre los solteros y viudos hubo más mujeres, las diferencias fueron significativas. El desempleo también fue mayor en mujeres que en hombres (6,1% - 0,6%).

Tabla 4: Variables demográficas por sexo\*

Variable	Categoría	Masculino		Femenino		Total		Chi <sup>2</sup>	p valor
		n	%	n	%	n	%		
Grupo de edad	65 – 80 años	149	83,7	170	80,2	319	<b>81,8</b>		
	≥ 80 años	29	16,3	42	19,8	71	18,2	0,805	0,370
Grado de instrucción	Ninguna	1	0,6	6	2,8	7	1,8	7,859	0,097
	Primaria	76	42,7	69	32,5	145	37,2	2,825	0,093
	Secundaria	61	<b>34,3</b>	93	<b>43,9</b>	154	39,5	4,267	<b>0,039</b>
	Superior	37	20,8	41	19,3	78	20,0	3,731	0,053
	Postgrado	3	1,7	3	1,4	6	1,5	,127	0,722
Estado civil	Soltero/a	1	<b>0,6</b>	37	<b>17,5</b>	38	9,7	64,483	<b>0,000</b>
	Casado/a	150	<b>84,3</b>	101	<b>47,6</b>	251	<b>64,4</b>	56,593	<b>0,000</b>
	Divorciado/a	13	7,3	26	12,3	39	10,0	2,646	0,104
	Viudo/a	12	<b>6,7</b>	44	<b>20,8</b>	56	14,4	15,451	<b>0,000</b>
	Conviviente	2	1,1	4	1,9	6	1,5	0,372	0,542
Ocupación	Desempleo	1	<b>0,6</b>	13	<b>6,1</b>	14	3,6	9,265	<b>0,026</b>
	Jubilado/a	154	86,5	175	82,5	329	84,4	1,156	0,282
	Subempleo	10	5,6	8	3,8	18	4,6	0,748	0,387
	Empleo formal	13	7,3	16	7,5	29	7,4	0,008	0,927
Pertenenencia a grupos	No	125	70,2	136	64,2	261	66,9	1,613	0,204
	Sí	53	28,8	76	35,8	129	33,1		
Dependencia	No	168	94,4	201	94,8	369	94,6		
	Sí	10	5,6	11	5,2	21	5,4	0,035	0,852
Depresión	No	130	73,0	157	74,1	287	73,6		
	Sí	48	27,0	55	25,9	103	26,4	0,52	0,819

\* Total 390 pacientes

La mayor parte de pacientes tenía instrucción Primaria y Secundaria (76,7%), lo cual puede explicarse por ser una población de afiliados al Seguro, que están o estaban trabajando, y ese nivel de instrucción era el mínimo requerido para trabajo formal (Tabla 4).



La relación de hombres y mujeres casados fue de 2 a 1; sin embargo, hubo tres veces más mujeres viudas, lo cual se explica por su mayor esperanza de vida.

La mayoría (84%) era jubilada, lo que resulta lógico por ser personas mayores de 65 años afiliadas al Seguro Social. Sólo un 7,4% continuaban trabajando formalmente.

El doble de pacientes no pertenecía a grupos de tercera edad. (Tabla 4)

Apenas el 5% de pacientes era dependiente para realizar actividades básicas de la vida diaria y el 95% fue independiente.

En cuanto a las variables de la escala socio-familiar de Gijón (Tabla 5), los resultados fueron los siguientes:

Situación familiar.

Un 40,8% de pacientes vivía con su cónyuge, lo cual concuerda con el hecho de que la mayoría estaba casada. Solo el 37,9% vivía con la familia sin dependencia, es decir, en situación óptima.

Situación económica.

El 37% de pacientes recibía una remuneración mínima unificada mensual (385 dólares en Ecuador). Apenas el 8,8% recibía menos de 385 dólares o no tenía pensión.

Tipo de vivienda.

Un porcentaje importante de pacientes vivía en casas adecuadas a las necesidades y con todos los servicios básicos. Esto se debe a que la población de estudio, al ser afiliada al Seguro, en su mayoría adquirió casa con préstamo de la Institución.

Relaciones sociales.

El 70,5% de pacientes mantenía relaciones sociales con la comunidad y 4 pacientes estaban en situación de abandono.

Apoyo de la red social.

Como se aprecia en la tabla 5, un 80% de la población estudiada tuvo apoyo familiar y vecinal. Vivir con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia, no tener pensión u otros ingresos, vivienda con humedades y en mala higiene, no salir del domicilio, no recibir visitas, vivir en riesgo y problema social fueron variables con valor significativo.

Tabla 5: Distribución de las variables socio familiares por depresión\*

VARIABLE	CATEGORÍA	(n)	(%)	Chi <sup>2</sup>	p	
Situación familiar	Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	148	37,9			
	Vive con cónyuge de similar edad	159	40,8	0,055	0,814	
	Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	33	8,5	6,727	<b>0,009</b>	
	Vive solo y tiene hijos próximos	38	9,7	0,161	0,688	
	Vive solo y carece de hijos o viven alejados	12	3,1	0,013	0,910	
	Situación económica	2 o más remuneraciones unificadas (380 dólares)	105	26,9		
		Menos de dos pero más de una remuneración unificada	107	27,4	0,036	0,849
Una remuneración mínima unificada		144	36,9	0,000	0,994	
Menos de una remuneración mínima unificada		24	6,2	0,100	0,752	
Sin pensión, sin otros ingresos		10	2,6	5,958	<b>0,015</b>	
Vivienda	Adecuada a las necesidades	291	74,6			
	Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	92	23,6	0,535	0,465	
	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, agua caliente, calefacción)	6	1,5	5,081	<b>0,024</b>	

	Vivienda semiconstruida o de material rústico	1	0,3	2,794	0,095
Relaciones sociales	Mantiene relaciones sociales en la comunidad	275	70,5		
	Relación social solo con familia y vecinos	61	15,6	0,079	0,778
	Relación social solo con la familia o vecinos	39	10	2,007	0,157
	No sale del domicilio pero recibe visitas de la familia	11	2,8	8,071	<b>0,004</b>
	No sale del domicilio ni recibe visitas	4	1	4,909	<b>0,027</b>
Apoyo de la red social	Con apoyo familiar o vecinal	304	77,9	4,526	0,339
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	6	1,5	0,150	0,698
	Tiene Seguro, pero necesita apoyo de este o voluntariado	76	19,5	1,298	0,255
	No cuenta con Seguro Social	3	0,8	2,521	0,112
Situación social	Situación de abandono	1	0,3	0,360	0,549
	Aceptable	273	70,0		
	Riesgo social	111	28,5	13,972	<b>0,000</b>
	Problema social	6	1,5	10,159	<b>0,001</b>

\*Total de pacientes: 390

Situación social por escala de Gijón.

Sumados los puntajes de la escala socio-familiar, el 70% de pacientes estudiados vive en aceptable situación social (gráfico 2), probablemente por el tipo de población estudiada; sin embargo, que el 30% de personas analizadas viva en situación de riesgo y problema social es importante.

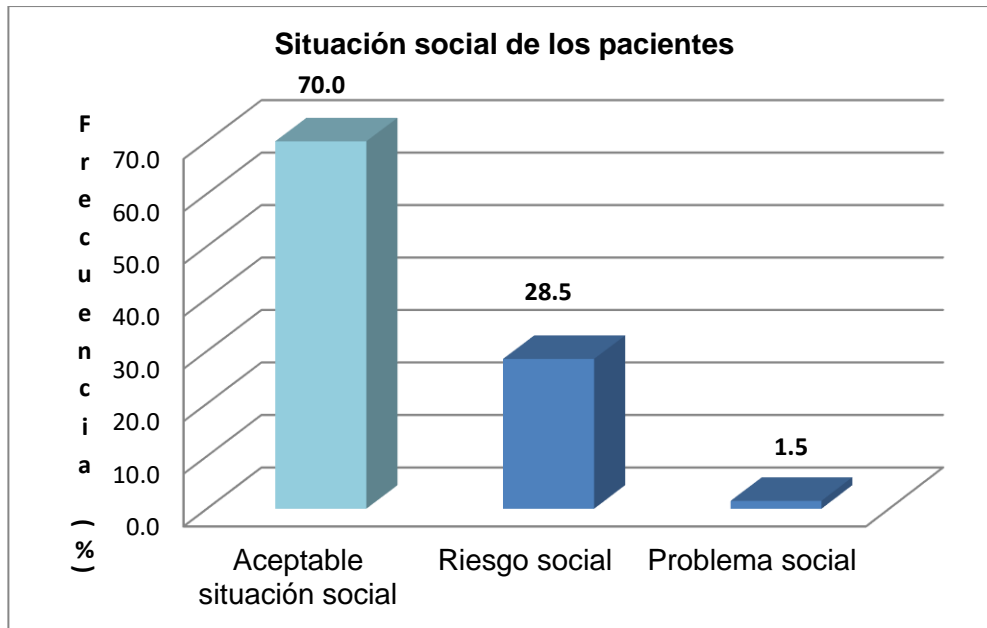


Gráfico 2: Distribución por situación social

## VII.2. Comparación de grupos y análisis bivariado

Variable de asociación: depresión.

Para el análisis se dicotomizaron las variables, es decir, se transformaron en variables Dummy o artificiales para poder trabajar con tablas de 2 x 2. En la tabla 6 se resume el análisis bivariado y las medidas de asociación.

La depresión por grupos de edad, por nivel académico, por tener pareja, por sexo y por condición de jubilado, no fueron significativas.

**Depresión y pertenencia a grupos etarios:** se puede apreciar que 20,2% de pacientes deprimidos pertenecían a dichos grupos, pero el 29,5% no. Se obtuvo un p valor de 0,049, valor significativo; sin embargo, el valor menor a 1,000 del intervalo de confianza no es

compatible con esta afirmación. Los adultos mayores que no pertenecen a grupos de la tercera edad tienen 1,66 veces más probabilidad de deprimirse.

**Depresión y capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria:** como se aprecia en la tabla 6, la relación entre deprimidos independientes y dependientes fue de 1 a 2 (24,9%-52,4%). El p valor de 0,006 resulta significativo. Con una probabilidad de error de 0,6% se puede afirmar que la dependencia para realizar actividades de la vida diaria se asocia con la depresión. Los adultos mayores dependientes tienen 3,3 veces más probabilidades de desarrollar depresión.

Las variables sociofamiliares no significativas fueron la situación familiar, ingreso económico, condiciones de vivienda y apoyo de la red social.

**Depresión y relaciones sociales:** el 35,7% de personas con malas relaciones sociales tenía depresión, frente al 22,5% de personas no deprimidas con buenas relaciones sociales, p valor de 0,007 significativo. Con una probabilidad de error de 0,7% se puede decir que las malas relaciones sociales se asocian con la depresión del adulto mayor, el cual tiene 1,9 veces mayor probabilidad de tener depresión con respecto al que tiene buenas relaciones sociales.

**Depresión y valoración socio-familiar en general:** un 40,7% de pacientes con riesgo y problema social, medidos por escala de Gijón, presentó depresión frente a un 19,9% de pacientes sin riesgo social. Se estableció asociación entre riesgo social y depresión con un p valor significativo (0,000). Se puede decir que los pacientes geriátricos con situación de riesgo social tienen 2,77 veces mayor probabilidad de desarrollar depresión. En el análisis

por ítems, sin embargo, solo se encontró asociación significativa con las malas relaciones sociales.

En la tabla 6 se resume la asociación de variables con sus medidas de asociación. Se ha tomado en cuenta el OR de prevalencia.

Tabla 6: Asociación entre depresión y factores sociales, familiares y dependencia en el adulto mayor beneficiario de seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de Quito.

Variable	Categoría	Sin depresión n (%)	Con depresión n (%)	Total n (%)	p valor	OR* (IC 95%)
Edad	<80 años	234 (73,4)	85 (26,6)	319(100)	0,823	0,935(0,519-1,686)
	>80 años	96(71,6)	38(28,4)	134(100)		
Sexo	Masculino	130(73)	48(27)	178(100)	0,819	0,94(0,60-1,50)
	Femenino	157(74,1)	55(25,9)	212(100)		
Nivel académico	Alto	180(75,6)	58(24,8)	238(100)	0,253	1,305(0,826-2,061)
	Bajo	107(74)	45(29,6)	152(100)		
Tener pareja	Tiene	189(73,5)	68(26,5)	257(100)	0,976	0,993(0,617-1,596)
	No tiene	98(73,7)	35(26,3)	133(100)		
Jubilado/a	Sí	242(73,6)	87(26,4)	329(100)	0,972	0,989(0,532-1,840)
	No	45(73,8)	16(26,2)	61(100)		
Pertenencia a grupos	Sí	103(79,8)	26(20,2)	129(100)	<b>0,049</b>	1,658(1,000-2,749)
	No	184(70,5)	77(29,5)	261(100)		
Dependencia	Independiente	277(75,1)	92(24,9)	369(100)	<b>0,006</b>	3,312(1,362-8,051)
	Dependiente	10(47,6)	11(52,4)	21(100)		
Valoración socio-familiar <sup>‡</sup>	Con riesgo	214(80,1)	53(19,9)	267(100)	<b>0,000</b>	2,766(1,730-4,420)
	Sin riesgo	73(59,3)	50(40,7)	123(100)		
Situación familiar	Buena	116(77,3)	34(22,7)	150(100)	0,185	1,377(0,857-2,210)
	Mala	171(71,3)	69(28,8)	240(100)		
Ingreso económico	Bueno	266(74,4)	90(25,3)	356(100)	0,102	1,830(0,880-3,804)
	Malo	21(61,8)	13(38,2)	34(100)		
Condición de vivienda	Adecuada	220(75,6)	71(24,4)	291(100)	0,122	1,480(0,899-2,437)
	Inadecuada	67(67,7)	32(32,3)	99(100)		
Relaciones sociales	Buenas	213(77,5)	62(22,5)	275(100)	<b>0,007</b>	1,903(1,184-3,061)
	Malas	74(64,3)	41(35,7)	115(100)		
Apoyo de la red social	Con	220(75,3)	75(24,7)	304(100)	0,143	1,474(0,875-2,482)



---

Sin	58(67,4)	28(32,6)	86(100)
-----	----------	----------	---------

---

\*Odds Ratio de prevalencia    ‡Escala de Gijón, incluida en la tabla

### **VII.3. Análisis multivariado**

El efecto de cada variable sobre la depresión se buscó mediante regresión logística binaria. Se trabajó nuevamente con variables dummy. Primero, se realizó el análisis de los ítems que forman parte de la Escala socio-familiar de Gijón y se encontró que las relaciones sociales del paciente tienen mayor peso estadístico y un p valor significativo (0,019). Si bien los otros ítems tuvieron relación con la depresión, esta relación no fue estadísticamente significativa. En la población estudiada, la depresión es más frecuente en adultos mayores con malas relaciones sociales. La escala aplicada con todos los ítems tiene un p valor significativo (0,00015), o sea que es preferible aplicarla completa. Se obtuvo un  $R^2$  de Nagelkerke de 0,050 y de Cox y Snell de 0,34, alejados de la unidad; sin embargo, la precisión fue de 73,6% como puede apreciarse en la tabla 7.

Tabla 7: Modelo de Regresión por ítems de la Escala de Gijón

Ítem	B	Error estándar	X <sup>2</sup> de Wald	Sig*	Exp (B) †	IC <sup>±</sup>
Mayores de 80 años	0,097	0,247	0,154	0,694	1,102	0,679-1,788
Sexo femenino	-0,065	0,241	0,073	0,787	0,937	0,584-1,503
Mala situación familiar	0,178	0,252	0,499	0,480	1,195	0,730-1,956
Bajo ingreso económico	0,545	0,393	1,924	0,165	1,724	0,799-3,721
Inadecuada condición de vivienda	0,387	0,261	2,198	0,138	1,472	0,883-2,454
Malas relaciones sociales	0,582	0,258	5,492	<b>0,019</b>	1,790	1,100-2,914
Sin apoyo de la red social	0,281	0,278	1,020	0,312	1,324	0,768-2,283
*p valor	†Riesgo	±Intervalo de confianza		Precisión: 73,6%		
R <sup>2</sup> Nagelkerke 0,050		R <sup>2</sup> de Cox y Snell 0,34				

En el análisis multivariado de las variables demográficas mediante regresión logística binaria (tabla 8), sólo el ser “dependiente para realizar actividades de la vida diaria” y “vivir en situación de riesgo – problema social” (Escala de Gijón), tuvieron valores estadísticamente significativos. La precisión fue de 74,1%. El R<sup>2</sup> de Nagerkerke de 0,097 y el de Cox-Snell de 0,067.

Tabla 8: Modelo de Regresión logística con variables demográficas

Ítem	B	Error estándar	X <sup>2</sup> de Wald	Sig*	Exp (B) †	IC <sup>±</sup>
Mayores de 80 años	-0,234	0,328	0,507	0,476	0,792	0,416-1,506
Sexo femenino	0,021	0,262	0,006	0,937	1,021	0,611-1,706
Bajo nivel académico	0,071	0,250	0,080	0,777	1,074	0,657-1,753
Sin compañía	-0,256	0,287	0,794	0,373	0,774	0,441-1,359
No jubilado	-0,101	0,339	0,088	0,766	0,904	0,465-1,757
No pertenencia a grupos sociales	0,401	0,267	2,258	0,133	1,493	0,885-2,520
Dependiente	1,024	0,483	4,494	<b>0,034</b>	2,783	1,080-7,171
Riesgo – problema social	1,010	0,259	15,235	<b>0,000</b>	2,745	1,653-4,557
*p valor	†Riesgo	±Intervalo de confianza		Precisión: 74,1%		
R <sup>2</sup> de Nagelkerke	0,097	R <sup>2</sup> de Cox-Snell de 0,067				

En la tabla 9 se resume la regresión logística binaria solamente con las variables significativas, tanto demográficas como socio-familiares, y se aprecia que la precisión se mantuvo en 74,1% y los R<sup>2</sup> casi no variaron.

Tabla 9: Modelo de Regresión con variables significativas

Ítem	B	Error estándar	X <sup>2</sup> de Wald	Sig*	Exp (B) †	IC ±
Mayores de 80 años	-0,263	0,321	0,671	0,413	0,769	0,409-1,443
Sexo femenino	-0,080	0,241	0,111	0,739	0,923	0,576-1,479
No pertenencia a grupos	0,407	0,266	2,332	0,127	1,502	0,891-2,532
Dependencia	1,022	0,482	4,503	<b>0,034</b>	2,779	1,081-7,143
Situación de riesgo-problema social	0,964	0,246	15,400	<b>0,000</b>	2,621	1,620-4,242
*p valor	†Riesgo	±Intervalo de confianza		Precisión: 74,1%		
R <sup>2</sup> de Nagelkerke	0,094	R <sup>2</sup> de Cox-Snell de 0,064				

Los tres modelos de regresión logística fueron aceptables y presentaron una precisión de más del 50%; sin embargo, el modelo con las variables significativas resulta el más simple y con mejor precisión.

En la tabla 10 se aprecian las variables que, mediante regresión logística con interacción entre variables significativas y no significativas, llegaron a tener p valor menor de 0,05. La edad, por ejemplo, al interactuar con el riesgo social, se torna significativa (p: 0,009), es decir que, las personas mayores de 80 años si están en riesgo social, tienen mayor probabilidad de deprimirse. Las interacciones mayormente significativas se encontraron entre dependencia con riesgo social, no pertenencia a grupos con riesgo social, no pertenencia a grupos con dependencia, bajo nivel académico con riesgo social y, el sexo femenino se torna significativo cuando interactúa con riesgo social.

Tabla 10: Regresión logística binaria con interacción de variables

Variables que interactúan	B	Error estándar	X <sup>2</sup> de Wald	Sig*	Exp (B) <sup>†</sup>	IC <sup>±</sup>
Bajo nivel académico con dependencia	0,366	0,169	4,700	0,030	1,442	1,036-2,008
>de 80 años - con riesgo,problema social	0,336	1,130	6,728	0,009	1,400	1,086-1,804
Sexo-riesgo con problema social	0,307	0,107	8,269	0,004	1,360	1,103-1,677
Bajo nivel académico-riesgo con problema social	0,350	0,105	11,109	0,001	1,420	1,155-1,745
Sin compañero/a-riesgo con problema social	0,275	0,103	7,070	0,008	1,316	1,075-1,612
No jubilado-riesgo con problema social	0,440	0,143	9,467	0,002	1,553	1,173-2,055
No pertenencia a grupos con Dependencia	0,572	0,174	10,745	0,001	1,772	1,259-2,494
No pertenencia a grupos-riesgo con problema social	0,407	0,107	14,489	0,000	1,503	1,219-1,854
Dependencia-riesgo con problema social	0,764	0,175	18,975	0,000	2,146	1,522-3,027

\*p valor                    †Riesgo                    ±Intervalo de confianza

## VIII. DISCUSIÓN

El presente trabajo se realizó con la finalidad de identificar la asociación entre depresión y condiciones sociales, familiares, demográficas y de dependencia en pacientes adultos mayores que asistieron a la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito. Además, se midió la fuerza de asociación y se estableció la interacción entre los factores sociales y familiares.

Se encontró una prevalencia de depresión alta y el episodio depresivo leve fue el diagnóstico más frecuente. La proporción de depresión entre hombres y mujeres fue casi similar, valor que no concuerda con el de la mayoría de estudios, para los cuales la prevalencia es mayor en mujeres (102). Es probable que esto se deba a que la población estudiada es de personas con Seguro Social y, en la consulta de Medicina Interna, un 60% de personas adultas mayores fueron mujeres según informes de atención, pero la frecuencia con la que solicitan atención no es muy diferente a la de los hombres, probablemente por las facilidades con turno de atención rápido por ser grupo de atención prioritaria y la gratuidad de la atención para el asegurado. La encuesta SABE en Ecuador reportó un porcentaje bastante mayor de depresión, pero no usó pruebas diagnósticas y fue realizada en la población general. Al parecer, el tipo de población en nuestro estudio, por sus características propias (tener pensión o sueldo y gozar de los beneficios de la seguridad social), es menos proclive a la depresión que la población general. Las prevalencias son más altas en países en vías de desarrollo y cuando se usan pruebas de tamizaje en lugar de pruebas con criterios diagnósticos como CIE-10 (42,103). De los Santos y Carmona (104), en su estudio de 5275 personas mexicanas entre 60 y 103 años de edad, encontró que tres de cada cuatro adultos mayores estuvo deprimido y que la

mayoría eran mujeres. Los valores de este estudio fueron muy altos probablemente porque se utilizó un test para tamizaje de depresión y, con una sola respuesta positiva, ya se consideró a la persona deprimida.

La prevalencia de trastorno depresivo recurrente concuerda con valores reportados en el estudio de Guerra et al para República Dominicana y Puerto Rico; sin embargo, para Cuba la recurrencia fue mucho mayor y llegó a una de cada tres personas y para el resto de países fue significativamente menor (39). Probablemente tienen que ver los resultados con características propias de la población y las condiciones de cada país.

La asociación entre depresión y grupos de edad avanzada no reportó valores significativos, a pesar de que las personas mayores de 80 años tuvieron una mayor prevalencia de depresión. Sánchez-García et al (105), en su estudio sobre adultos mayores de la Seguridad Social de México, encontraron una proporción de síntomas depresivos mucho mayor con Escala de Yesavage que con CES-DR (Center of Epidemiologic Studies Depression). Allí se aplicaron criterios diagnósticos y de tamizaje, los valores fueron diferentes a los encontrados en el presente estudio; las proporciones fueron, en ese caso, mayores en las mujeres y en personas que superaban la edad de 80 años.

Se encontró asociación significativa entre depresión y dependencia para realizar actividades de la vida diaria. El hallazgo concuerda con el de varios estudios en el mundo. Un estudio retrospectivo, con 650 adultos mayores del Centro Geriátrico Naval del Perú, concluyó que existe una fuerte e independiente asociación entre depresión y dependencia funcional (106). Otro estudio de cohorte a 15 años, en adultos mayores de Brasil, reportó



que el menor apoyo emocional y los síntomas depresivos tienen un valor predictivo independiente para la discapacidad posterior a largo plazo (107).

No encontramos asociación de depresión con el nivel de instrucción y el vivir en soledad, dato que coincide con el estudio de Sandoval Garrido (108) en adultos mayores de Chile. En Brasil; sin embargo, un estudio transversal concluyó que un nivel más alto de educación atenúa las posibilidades de síntomas depresivos en adultos mayores, por más que no las elimina (109).

En el presente trabajo, las personas que pertenecían a grupos y con buenas relaciones sociales demostraron tener menor probabilidad de padecer síntomas depresivos, lo cual concuerda con varios estudios (17, 18, 28, 29, 110). Un estudio reciente realizado en 30 municipalidades de Japón, con encuestas a 137 736 adultos mayores, encontró una prevalencia de síntomas depresivos ligeramente mayor en varones y los valores fueron mayores en personas con poca participación social (111), resultados que concuerdan con los nuestros.

Al realizar el análisis multivariado de las variables de la escala socio-familiar mediante regresión logística binomial se pudo apreciar que todas las variables tuvieron un OR mayor a 1 pero solo “las malas relaciones sociales” tuvo un p valor significativo y un riesgo para depresión de casi el doble. Una mala situación familiar en el estudio se consideró no vivir con la familia y tener dependencia de ella, el riesgo fue no significativo. Méndez-Chiloff (112) reportó una asociación importante entre depresión y disfunción familiar. Araújo et al encontraron que la asociación fue mayor en pacientes institucionalizados (113).

Varios estudios han reportado que los bajos ingresos económicos aumentan la posibilidad de presentar depresión (111-117); sin embargo, nosotros no encontramos asociación con el ingreso económico, lo que encaja con los hallazgos de un estudio de casos y controles en Colombia (28) y otro descriptivo de corte transversal en Cuba (29).

En la población estudiada, el mayor “peso” dentro de la escala socio-familiar lo obtuvieron las relaciones sociales; sin embargo, mayor p valor y medida de riesgo se obtuvo con la aplicación íntegra de la escala.

Variables como la edad mayor de 80 años, bajo nivel académico, sexo femenino y no tener compañero/a, se tornan significativas (p valor menor a 0,05) al interactuar con riesgo y problema social, es decir, esas personas si están en riesgo social tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión.

Algunos estudios relacionan la depresión con el envejecimiento activo y lo consideran un factor protector. Las variables de nuestro estudio están incluidas en los pilares del modelo de envejecimiento activo de la Organización Mundial de la Salud y en la mayoría de sus determinantes (118).

La principal limitación del estudio fue que, al ser analizado un segmento de población específico (con derecho a Seguridad Social) y por haber realizado un muestreo no probabilístico, los resultados no pueden ser inferidos a la población general y solo son aplicables a la población estudiada. Es probable que algunos resultados que no concuerdan con estudios internacionales, como la prevalencia en hombres y la no asociación con el ingreso económico, se deban a ello. Finalmente, la encuesta Mini, realizada por médico no especialista, puede considerarse un diagnóstico presuntivo.

## **IX. CONCLUSIONES**

1. La prevalencia de depresión durante las últimas dos semanas en adultos mayores con derecho a la Seguridad Social en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín es alta. La proporción fue menor que en la población general, pero alta en comparación con otros países.
2. En la población estudiada existe relación entre depresión y dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria. Las personas con dependencia presentan mayor prevalencia de depresión.
3. La escala socio familiar aplicada de manera íntegra da mejores resultados.
4. El “perfil” de las personas con depresión en la población estudiada es de adultos mayores que no pertenecen a grupos sociales organizados, dependientes y en riesgo o problema social. La interacción de variables permite identificar mejor a las personas que tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión.

## X. RECOMENDACIONES

- Se recomienda la aplicación de encuestas diagnósticas de depresión para tener datos más fiables de prevalencia y poder identificar a las personas que necesiten valoración de especialidad para diagnóstico definitivo.
- Recomendamos la aplicación de escalas para describir la situación socio-familiar de los pacientes de la tercera edad con depresión de manera rutinaria, para identificar a las personas que están en riesgo y problema social y así poder brindarles una atención integral con el equipo de atención del adulto mayor.
- Debido a que la dependencia se relaciona con la depresión, la atención geriátrica integral debe ser mejor promocionada. De esta manera, los adultos mayores contarán con personal especializado que pueda identificar pacientes con disminución de la capacidad para realizar actividades diarias, ellos podrán ser incluidos en programas de actividades de ejercicio y rehabilitación que permitan mantener las facultades físicas; asimismo, se les podrá brindar también apoyo psicológico para una mejor adaptación a los cambios propios de la edad.
- Es importante promocionar de mejor manera las ventajas de pertenecer a grupos de adultos mayores, pues constituye un factor “protector” contra la depresión. Solo la tercera parte –mayormente mujeres- de adultos mayores estudiados participa de manera regular de dichos grupos.
- Se plantea la necesidad de realizar investigaciones para determinar factores de riesgo y de protección, incluyendo morbilidad, deterioro cognitivo e indicadores de envejecimiento activo en la población estudiada. Es recomendable diseñar estudios para establecer interacciones y crear perfiles de riesgo de depresión.

## XI. REFERENCIAS

1. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución del Ecuador. 2008: 30-32.
2. CEPAL, Naciones Unidas. Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y protección social basada en derechos. Costa Rica 2007.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Resultados censo. Quito: INEC Ecuador; 2010.
4. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de Igualdad para adultos mayores 2012-2013. Quito 2012.
5. Rivera Casado JM. Aspectos demográficos, sociosanitarios y biológicos del envejecimiento. En: Gómez C, Reuss J. editores. Manual de Recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Madrid: Editores Médicos SA; 2004. p.25-30.
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; XXIX Suplemento 1.
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Salud, Bienestar y Envejecimiento. (2009); p. 17-18.
8. Mühlenbrock F, Gómez R, González M, Rojas A, Vargas L, Mühlenbrock C. Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Rev chil Neuro-Psiquiat. 2011; 49(4): 331-7.

9. Reyes C, Moreno C, Reyes L, Jordán A. Diagnósticos más frecuentes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Universitario del Valle. Rev Col Med [Internet]. 2000 [citado 15 octubre 2018]; 31(4). Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28331401>
10. Unützer J, Schoenbaum M, Katon WJ, Fan MY, Pincus HA, Hogan D, et al. Healthcare costs associated with depression in medically III fee-for-service medicare participants. J Am Geriatr Soc. 2009; 57(3): p.506-10.
11. Hoell A, Weyerer S, Maier W, Wagner M, Scherer M, Stark A, et al. The impact of depressive symptoms on utilization of home care by the elderly: Longitudinal results from the AgeMooDe study. J Affect Disord. 2016; 9(204): 247-254.
12. Bock JO, Brettschneider C, Weyerer S, Werle J, Wagner M, Maier W, et al. Excess health care costs of late-life depression - Results of the AgeMooDe study. J Affect Disord. 2016; 15(199):139-47.
13. Bock JO, Luppá M, Brettschneider C, Riedel-Heller S, Bickel H, Fuchs A, et al. Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients--from the MultiCare Cohort Study. PLoS One. 2014;9(3). doi:10.1371/journal.pone.0091973
14. Siversten H, Bjorkdof Gh, Engedal K, Selbaeck G, Helvick AS. Depression and Quality of life in Older Persons: A review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2015; 40(5-6): p. 311-339.
15. Stein J, Pabst A, Weyerer S, Werle J, Maier W, Heilmann K, et al. The assessment of met and unmet care needs in the oldest old with and without depression using the Carberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. J Affect Dissord. 2016; 193: p. 309-17.

16. Klung G, Lacruz M, Emeny R, Häfner S, Ladwig K, Et al. Aging without depression: a cross sectional study. *Psychodyn Psychiatry*. 2014; 42(1): p. 5-22.
17. Aung M, Moolphate S, Aung T, Katonyoo C, Khamchai S, et al. The social network index and its relation to later-life depression among the elderly aged > 80 years in Northern Thailand. *Clin Interv Aging*. 2016; 11: p. 1067-1074.
18. Yates JA, Clare L, Woods RT. “You’ve got a friend in me”: can social networks mediate the relationship between mood and MCI?. *BMC Geriatrics*. 2017: 17:144. doi 10.1186/s12877-017-0542-0
19. Wilkie R, Blagojevic-Bucknall M, Belcher J, Chew-Graham C, Lacey RJ, McBeth J. Widespread Pain and depression are key modifiable risk factors associated with reduced social participation in older adults. *Medicine (Baltimore)*. 2016 ago; 95 (31). doi: 10.1097/MD.00000000000004111
20. Lino V, Portela M, Camacho L, Atie S, Lima M. Assessment of Social support and its association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. *PLoS ONE*. 2013 August; 8(8). doi: 10.1371/journal.pone.0071712
21. Galli R, Hideyuki E, Bruscatto N, Horta R, Pattussi M. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev Bras Epidemiol*. Abr-jun 2016; 19(2): 307-316.
22. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial [Internet]. Ginebra; 2014 [citado 9 de diciembre 2017]. 12 p. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/gho>

23. Xu H, Qin L, Wang J, Zhou L, Luo D, Hu M, et al. A cross-sectional study on risk factors and their interactions with suicidal ideation among the elderly in rural communities of Hunan, China. *BMJ Open*. 2016; 6(4). doi: 10.1136/bmjopen-2015-01091
24. Silveira E, Ebrahim S. Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in East London. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 1998; 13: p.801-12
25. Sulaiman A, Al-Shammari, Al-Subaie A. Prevalence and correlates of Depression among Saudi elderly. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 1999; 14: p. 739-749.
26. Márquez C, Soriano S, García H, Falcón G. Depresión en el Adulto Mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Aten Primaria*. 2005; 36(6): p. 345-6.
27. Martínez A, Pastrana E, Rodríguez-Orozco A, Gómez C. Existe correlación entre Depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Méd Chile*. 2009; 137(12): p. 1642-1643.
28. Borda Pérez M, Anaya A, Anaya M, Pertuz M, De León L, Suárez A, et al. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (1): 64-73.
29. Pérez Martínez V, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Med Gen Integr [internet]* 2008 [citado 9 de diciembre 2017]. 24(3); Recuperado a partir de:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_3\\_08/mgi02308.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi02308.htm)



30. Hao G, Bishwajit G, Tang S, Nie C, Ji L, Huang R. Social participation and perceived depression among elderly population in South Africa. *Clin Interv Aging*. 2017 Jun 23;12:971-976. doi: 10.2147/CIA.S137993
31. Ávila-Funes J, Melano-Carranza E, Payette h, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Mex*. 2007; 49(5): 367-375.
32. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002 May 21;136 (10):765-76.
33. CEPAL, Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y El Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos. Huenchuan S, editora, junio 2016. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile. p. 328.
34. CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y El Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad. Huenchuan S, editora. Enero 2013. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile. p. 192.
35. SENPLADES, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 1017-2021: toda una vida. Ecuador 2017. p. 148.
36. Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo. informe conciso ST/ESA/SER.A/354. Nueva York 2014.
37. Freire W. SABE, Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Presentación de resultados. Ministerio de Inclusión Económica y Social Quito; 2009.

38. Penny Montenegro E. Cambios anatómicos y fisiológicos durante el envejecimiento y su impacto clínico. En: Penny Montenegro E, Megar Cuéllar F, editores. Geriatria y Gerontología para el médico internista. Primera edición, ed. La Paz: Grupo Editorial La Hoguera; 2012; p.37-38.
39. Organización Panamericana de la Salud. CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Edición 2008 OPS, editor. Washington DC; 1995.
40. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999; 174: p. 307-11.
41. Copeland J, Beekman A, Braam A, Dewey M, Delespaul P, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*. 2004 Feb; 3(1): p. 45-49.
42. Guerra M, Prina AM, Ferri CP, Acosta D, Gallardo S, Huang Y, et al. A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *J Affect Disord*. 2016; 190:362-8.
43. Durán Badillo T, Aguilar MR, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vásquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*. 2013; 10(2): p. 36-42.
44. Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Herrera Morales A, Ortiz Saavedra P, Chigne Velástegui O. Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Diagnóstico*. Marzo-abril 2004; 43(2): 59-63.
45. Paz V. Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de Lima metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*. 2010; 26(1): p. 30-38.

46. Lykouras L, Rossetos G. Depression in the Elderly. *Ann Gen Psychiatr* 2007 April; 7(supl 1): S17. doi:10.1186/1744-859X-7-S1-S17
47. Wong S, Mercer S, Woo J, Leung J. The influence of multiborbidity and self reported socio-economic standing on the prevalence of depression in an elderly Hong Kong population. *BMC public health*. 2008 April; 8(119). doi:10.1186/1471-2458-8-119
48. Santander J. Depresión en el Adulto Mayor. En: Marín Larraín P editor, *Manual de Geriatria y Gerontología*. Pontificia Universidad católica de Chile. 2000. [Internet]. [citado 10 de diciembre 2017]. Recuperado a partir de: [http://escuela.med.puc.cl:80/paginas/udas/geriatria/Geriatria\\_Manual/Geriat\\_M\\_19.htm](http://escuela.med.puc.cl:80/paginas/udas/geriatria/Geriatria_Manual/Geriat_M_19.htm).
49. Overend K, Bosanquet K, Bailey D, Foster D, Gascoine S, Lewis H, et al. Revealing hidden depression in older people: a qualitative study within a randomized controlled trial. *BMC family practice*. 2015; 16(142)
50. Alarcón R. Trastornos depresivos. En: López J, Cano C, Gómez J, editores. *Fundamentos de Medicina. Geriatria*. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín: Fondo editorial CIB 2006. p.595.
51. Jonis M, Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cuál es la verdadera situación en nuestro país. Carta al Director. *Rev Med Hered*. 2013; 24: 78-79.
52. Meeks T, Vahia I, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste D. A tune in “A Minor” Can “B Major”: A Review of Epidemiology, illness Course, and Public Health Implications of Subthreshold Depression in Older Adults. *J Affect Disord*. 2011 March; 129(1-3): p. 126-142.

53. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Washington DC. Edición española 1995. p. 897.
54. Salinas T, Fullerton O, Ratamal P. Trastornos del estado de ánimo y DSM-V. Rev Chil Neuro-psiquiatr. 52(1 Supl). 2014; p.16-21.
55. APAL Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, versión revisada de bolsillo. Primera edición, ASA GRAPHIC SAC, 2017 Lima-Perú; p. 133-8.
56. Arroll B, Klin N, Kerse N. Screening for Depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ. 2003; 327(7424): p. 1144-46.
57. Albinski R, Kleszczewska-Albinska A, Blendynska S. Geriatric Depression Scale (GDS). Validity and reliability of different versions of the scale review. Psychiatr Pol. 2011; 45(4): p. 555-62.
58. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi G, Menculini G, et al. Validation of the five items geriatric depression in elderly subjects in three different settings. J Am Geriatr Soc. 2003; 51(5): p. 694-8.
59. Kronke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9. Validity of the brief Depression Severity measure. J Gen Intern Med. 2001; 16(9): p. 606-613.
60. Kronke K, Strine T, Spitzer R, Williams J, Berry J, Mokdad A. The PHW-8 as measure of current depression in the general population. J Affect Disord. 2009; 114(1-3): p. 163-73.
61. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Cornell Scale for Depression in Dementia: Study of residents in a Northern Thai Long Term Care Home. Psychiatry Investig. 2013; 10(4): p. 359-364.

62. González C, Wagner F, Jiménez A. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental* 2012; 35(1).
63. Mitjams M, Arias B. La genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp Psiquiatr.* 2012; 40(2): p. 70-83
64. Zhou H, Li R, Ma Z, Rossi S, Zhu X, Li J. Smaller gray matter volume of hippocampus/parahippocampus in elderly people with subthreshold depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2016;16 (219). doi: 10.4306/pi.2013.10.4.359
65. Taki Y, Kinomura S, Awata S, Inoue K, Sato K, Ito H, et al. Male elderly subthreshold depression patients have smaller volume of medial part of prefrontal cortex and precentral gyrus compared with age-matched normal subjects: a voxel-based morphometry. *J Affect Disord.* 2005; 88(3):313-20.
66. Díaz Villa B, González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatr.* 2012; 11(3): p. 106-115.
67. Kales HC, Maixner DF, Mellow AM. Cerebrovascular disease and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005; 13(2): p. 88-98.
68. Ramos-Ríos R, Espiño Díaz I, Araúxo Vilar A, Ecénarro Tomé P. Depresión y enfermedad cerebro vascular. *Psiqu Biol.* 2008. 15(3): p. 80-9.
69. Bastidas H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Rev Psicol [Internet].* 2014 [citado 27 de diciembre 2018]; 32(2). Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articuloa?id=337832618001>

70. Dell’Osso L, Carmassi C, Mucci F, Marazziti D. Depression, serotonin and tryptophan. *Curr Pharm Des.* 2016. 22(8): 949-54.
71. Vásquez F, Muñoz R, Becoña E. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicol conduct.* 8(3); 2000: pp. 417-449.
72. Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M, Reynolds C. Managing depression in olderage: psychological interventions. *Maturitas.* 2014; 79(2): 160-9
73. Azis R, Steffens D. What are the causes of Late-Life Depression? *Psychiatr Clin North Am.* 2013; 36(4):497-516.
74. Mela R, González R, D’Appolonio J, Maldonado I, Fuenzalida y Díaz A. Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé.* 2004; 13(1): p. 79-89
75. Weissman M, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdeli H, Pilowsky D, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(1): p. 29-36.
76. Pigeon W, Hegel M, Unützer J, Fan M, Sateia M, Lyness J, et al. Is insomnia a Perpetuating Factor for Late-Life Depression in the IMPACT cohort? *Sleep.* 2008; 31(14): p. 481-488.
77. Mirza S, Wolters F, Swanson S, Koudstaal P, Hofman A, Tiemeier H4, et al. 10-year trajectories of depressive symptoms and risk of dementia: a population-based study. *Lancet Psychiatry.* 2016 Jul;3(7):628-35.
78. SchäferI, von Leitner E, Schön G, Koller D, Hansen H, Kolonko T, et al. Multimorbidity Patterns in the Elderly: A New Approach of Disease Clustering Identifies Complex Interrelations between Chronic Conditions. *PLOS ONE.* 2010. 5(12). doi.org/10.1371/journal.pone.0015941

79. Sang-Wook Y. Depressive Symptoms on The Geriatric Depression Scale and Suicide Deaths in Older Middle aged men. A Prospective Cohort Study. *J Prev Med Public Health*. 2016 May; 49(3):p.176-82.
80. Lee H, Park S, Kwon E, Cho J. Socioeconomic Disparity in Later-Year Group Trajectories of Depressive Symptoms: Role of Health and Social Engagement Change. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(6). doi: 10.3390/ijerph14060588
81. Vilar-Compte Mireya, Giraldo-Rodríguez L, Ochoa-Laginas A, Gaitan-Rossi P. Association Between Depression and Elder Abuse and the Mediation of Social Support: A Cross-Sectional Study of Elder Females in Mexico City. *Journal of Aging and Health*. 2017. doi.org/10.1177/0898264316686432
82. Hawton A, Green C, Dickens A, Richards S, Taylor R, Edwards R, et al. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Qual Life Res*. 2011. 20: p. 57-67.
83. Nazemi L, Skoong I, Karlsson I, Hosseini M, Hosseinzadeh M, Mohammadi M, et al. Depression, Prevalence and Some Risk Factors in Elderly Nursing Homes in Teheran-Iran. *Iranian J Publ Health*. 2013; 42(6): p. 559-569.
84. Martínez J, Martínez V, Esquivel C, Velasco V. Prevalencia de Depresión y Factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 45(1): p. 21-28.
85. Sánchez M. Tratamiento farmacológico de la depresión en el adulto mayor: cómo elegir. *Medwave*. 2005 Abr; 5(3).
86. Lewis H, Adamson J, Atherton K, Bailey D, Birtwistle J, Bosanquet K. Collaborative care and active surveillance for Screen-Positive Elders with

subthreshold depression (CASPER): a multicentred randomised controlled trial of clinical effectiveness and cost-effectiveness. *Health Technol Assess.* 2017; 21 (8).

87. De Oliveira LSSCB, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB, et al. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019;41(1) – 36-42.
88. Ghazavi Z, Feshangchi S, Alavi M, Keshvari M. Effect of a Family-Oriented Communication Skills Training Program on Depression, Anxiety, and Stress in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *Nurs Midwifery Stud.* 2016 March; 5(1). doi: 10.17795/nmsjournal28550.
89. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J Jr, Hunkeler, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002; 288(22): 2836-45.
90. Hospital Carlos Andrade Marín. Estadísticas 2014. Anual. Quito: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Estadística; 2015.
91. Olmedo M, Muñoz B, Del Olmo B, Demelo P, García C, Ayala A, et al. Validez actual del índice de Charlson para predecir la mortalidad a un año en los pacientes ingresados en Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2014 (Espec Congr): 482.
92. Arbo G. Estados Depresivos en el Adulto Mayor. En: Penny Montenegro E, Megar Cuéllar F, editores. *Geriatría y Gerontología para el médico internista.* Primera edición, ed. La Paz: Grupo Editorial La Hoguera; 2012; p.465.
93. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview



- (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl. 20): 22-33.
94. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
95. Trigás-Ferrin M, Ferreira-González M, Mejjide-Miguez H. Escalas de Valoración Funcional en el Anciano. *Galicia Clin.* 2011; 72(1): p. 11-16.
96. Andrada MA, Gonorazky S, Roumec BS. Escala de evaluación por interrogatorio de las actividades de la vida diaria (AVD) para pacientes con trastornos mnésico-cognitivos y demencia (EIAD). *Rev. HPC.* 2009; 12(1): p.5-9.
97. Alarcón T, González J. La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(3):175-179.
98. García J, Díaz E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Aceval V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria.* 1999; 23(7). P. 434-440.
99. Generalitat Valenciana, conselleria de sanitat. Escalas e instruments para la valoración en atención domiciliaria. Gráficas Mari Montañana, Valencia 2004. p42-55.
100. MIMDES Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables. Guía Básica de Atención Integral para Personas Adultas Mayores en Centros Residenciales. Boletín CARPAM, R.M.N 594-2010. Primera Edición 2012. p.4-11.

101. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Normatización del SNS. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. Quito Ecuador mayo 2010. p. 44.
102. Barry L, Allore H, Guo Z, et al. Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence and mortality over time. Arch Gen Psychiatry. 2008 February; 65(2): p. 172–178.
103. Gonçalves-Pereira M, Prina AM, Cardoso AM, da Silva JA, Prince M, Xavier M, et al. The prevalence of late-life depression in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study. J Affect Disord. 2019; 21(246); p. 674-681. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.067
104. De los Santos P, Carmona Valdez S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica semestral. 2018; 15(2). doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
105. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo J, Wagner F., García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Mental 2012; 35:71-77.
106. Runzer-Colmenares F, Castro G, Merino A, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. Horiz. Med 2017. 17 (3); p. 50-57.
107. Torres JL, Castro-Costa E, Mambrini JVM, Peixoto SWV, Diniz BSO, Oliveira C, et al. Depressive symptoms, emotional support and activities of daily living disability onset: 15-year follow-up of the Bambuí (Brazil) Cohort Study of Aging. Cad. Saúde Publica 2018; 34(7). doi: 10.1590/0102-311X00141917

108. Sandoval Garrido FA, Tamiya N, Lloyd-Sherlock P, Noguchi H. Relation of depression with health behaviors and social conditions of dependent community-dwelling older persons in the Republic of Chile. *Int Psychogeriatr.* 2016; 28(12): 2029-2043.
109. Torres JL, da Silva SLA, Lustosa LP. El papel de la educación sobre la asociación entre la discapacidad y los síntomas depresivos entre los adultos mayores que viven en la comunidad: evidencia de fragilidad en un estudio de personas mayores brasileñas ( Fibra ). *Arco Gerontol Geriatr.* 2019; 80: 120-124. doi: 10.1016 / j.archger.2018.11.004
110. Salazar M, Reyes M, Plata S, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E, et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb.* 2015; 31(2):176-183.
111. Haseda M , Kondo N, Ashida T, et al. Community Social Capital, Built Environment, and Income-Based Inequality in Depressive Symptoms Among Older People in Japan: An Ecological Study From the JAGES Project. *J Epidemiol.* 2018; 28(3): 108-116. doi: 10.2188/jea.JE20160216
112. Mendes-Chiloff C, Pereira Lima M, Rodrigues Torres A, Ferreira Santos J, Oliveira Duarte Y, Lebrao M, et al. Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors (SABE Study) *Rev. bras. epidemiol.* 2018; 21 (supl.2). doi:10.1590/1980-549720180014.supl.2.
113. de Araújo AA, Rebouças Barbosa RA , de Menezes MS, et al. Quality of Life, Family Support, and Comorbidities in Institutionalized Elders With and Without Symptoms of Depression. *Psychiatr Q.* 2016; 87 (2): 281-91.

114. Johnson-Lawrence V, Kaplan G, Galea S. Socioeconomic patterning in adulthood and depressive symptoms among a community sample of older adults in the United States. *Public Health*. 2015; 129(5): 594–596.
115. Reyes Fernández B, Rosero-Bixby L, Koivumaa-Honkanen H. Effects of Self-Rated Health and Self-Rated Economic Situation on Depressed Mood Via Life Satisfaction Among Older Adults in Costa Rica. *Journal of Aging and Health*. 2016; 28(2) 225–243.
116. Zhao D, Hu C, Chen J, Dong B, Ren Q, Yu D, et al. Risk factors of geriatric depression in rural China based on a generalized estimating equation. *Int Psychogeriatr*. 2018; 30 (10): 1489-1497. doi: 10.1017/S1041610218000030
117. Baiyewu O, Yusuf AJ, Ogundele A. Depression in elderly people living in rural Nigeria and its association with perceived health, poverty, and social network. *Int Psychogeriatr*. 2015; 27 (12): 2009-15.
118. Petretto D, Pili R, Gaviano L, Matos C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(4):229–241.

## XII. ANEXOS

### Anexo 1

#### Hoja de Trabajo (Encuesta)

#### VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Nº Historia clínica

Cod.

Edad

Sexo

M	F
---	---

Grado de instrucción

0	Ninguna
1	Primaria
2	Secundaria
3	Superior
4	Postgrado

Estado civil

1	Soltero/a
2	Casado/a
3	Divorciado/a
4	Viudo/a
5	Unión Libre

Ocupación	Desempleo
1	
2	Subempleo
3	Empleo formal

Pertenece a grupos de tercera edad

1	Sí
2	No

4	Jubilado/a
---	------------

#### Índice de comorbilidad de Charlson

Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardiaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2
Total	

Tomado de: tratado de Geriatría para residentes.

#### **GRADO DE DEPENDENCIA (Escala de Katz)**

Valora las actividades básicas de la vida diaria. A través de preguntas dicotómicas se obtiene información sobre actividades que puede realizar de forma independiente, o si necesita ayuda para realizarlas.

<b>KATZ</b>	<b>SOLO/A</b>	<b>CON AYUDA</b>
1. LAVARSE		
2. VESTIRSE		
3. USO DEL BAÑO		
4. MOVILIZARSE		
5. CONTINENCIA		
6. ALIMENTARSE		

Tomado de [http://www.ome.es/media/docs/Novedad\\_Test\\_Katz.pdf](http://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Katz.pdf)

### **Mini International Neuropsychiatric Interview**

Versión en Español 5.0.0 – CIE-10

#### **A. EPISODIO DEPRESIVO**

**A1 Durante las dos últimas semanas :**

a ¿Se ha sentido especialmente triste, decaído(a) o deprimido(a) la mayor parte del tiempo a lo largo del día, y así, casi todos los días?

**NO SÍ**

b ¿Tiene casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, o de haber perdido el interés o el placer por las cosas que le agradan habitualmente?

NO SÍ

c ¿Se siente casi todo el tiempo cansado(a) o sin energía?

NO SÍ



**HAY MENOS DE 2 SÍ EN A1**

NO SÍ

**A2 Durante estas dos últimas semanas, en las que se sentía deprimido(a) / sin interés por la mayor parte de las cosas / cansado(a) :**

a ¿Su apetito ha cambiado notablemente? y ¿Ha aumentado o perdido peso sin tener esa intención?

NO SÍ

Marcar **SÍ**, si respondió **SÍ** en ambas

b ¿Ha tenido problemas de sueño casi todas las noches como: demorarse en dormir, despertarse durante la

NO SÍ



noche, o se le va el sueño muy temprano, o su sueño ha aumentado?

c ¿Ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o al contrario se ha sentido más agitado(a) y ha tenido dificultad para permanecer quieto(a)?

NO SÍ

d ¿Le ha faltado confianza en usted mismo(a), o se ha sentido sin valor, inferior a los demás?

NO SÍ

e ¿Se ha hecho reproches, o se ha sentido culpable?

NO SÍ

f ¿Ha tenido dificultad para reflexionar o para concentrarse, o para tomar decisiones?

NO SÍ

g ¿Ha tenido varias veces ideas negativas, como pensar que sería mejor que estuviese muerto(a), o ha pensado en hacerse daño?

NO  
SÍ

¿HAY AL MENOS 4 SÍ DESPUES DE A1?

F

NO SÍ

3 **EPISODIO**

2 **DEPRESIVO**

Si el paciente presenta un Episodio Depresivo :

2

A3 a Durante su vida, ¿ha tenido otros periodos que hayan durado al menos dos semanas en los que se haya

sentido deprimido(a) teniendo los problemas de los que hemos estado hablando? →

NO SÍ

b Esa vez, antes de sentirse deprimido(a) / sin interés por la mayor parte de las cosas / cansado(a), ¿se ha encontrado bien durante al menos dos meses?

NO SÍ

**A3b** ¿ESTA MARCADA SÍ ?

F	NO	SÍ
3	<b>TRASTORNO</b>	
3	<b>DEPRESIVO</b>	
3	<b>RECURRENTE</b>	

Tomado de Sheehan DV, Lecrubier Y, et al.

**VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR (Escala de Gijón)**

Ptos.	1. SITUACIÓN FAMILIAR	Ptos.	2. SITUACIÓN ECONÓMICA
1	VIVE CON FAMILIA SIN DEPENDENCIA FÍSICO/PSÍQUICA	1	2 O MÁS REMUNERACIONES UNIFICADAS*

2	VIVE CON CÓNYUGE DE SIMILAR EDAD	2	MENOS DE 2 PERO MÁS DE 1 REMUNERACIÓN UNIFICADA
3	VIVE CON FAMILIA Y/O CÓNYUGE Y PRESENTA ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA	3	UNA REMUNERACIÓN MÍNIMA UNIFICADA
4	VIVE SOLO(A) Y TIENE HIJOS PRÓXIMOS	4	MENOS DE UNA REMUNERACIÓN MÍNIMA UNIFICADA
5	VIVE SOLO(A) Y CARECE DE HIJOS O VIVEN ALEJADOS	5	SIN PENSIÓN, SIN OTROS INGRESOS

Ptos.	3. VIVIENDA	Ptos.	4. RELACIONES SOCIALES
1	ADECUADA A LAS NECESIDADES	1	MANTIENE RELACIONES SOCIALES EN LA COMUNIDAD
2	BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN LA VIVIENDA O PORTAL (pisos	2	RELACIÓN SOCIAL SOLO CON FAMILIA Y VECINOS

	irregulares, gradas, puertas estrechas)		
3	HUMEDADES, MALA HIGIENE, EQUIPAMIENTO INADECUADO (baño incompleto, agua caliente, calefacción)	3	RELACIÓN SOCIAL SOLO CON LA FAMILIA O VECINOS
4	VIVIENDA SEMICONSTRUIDA O DE MATERIAL RÚSTICO	4	NO SALE DEL DOMICILIO PERO RECIBE VISITAS DE LA FAMILIA
5	ASENTAMIENTO HUMANO (invasión) O SIN VIVIENDA	5	NO SALE DEL DOMICILIO NI RECIBE VISITAS

Ptos.	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (Municipio, ONG, Seguro Social, clubes, vivienda)
1	CON APOYO FAMILIAR O VECINAL
2	VOLUNTARIADO SOCIAL, AYUDA DOMICILIARIA

<p>VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR (Uso del investigador)</p> <p>BUENA: aceptable situación social ( )</p> <p>EXISTE RIESGO SOCIAL ( )</p> <p>EXISTE PROBLEMA SOCIAL ( )</p>
--

3	TIENE SEGURO, PERO NECESITA MAYOR APOYO DE ESTE O VOLUNTARIADO SOCIAL
4	NO CUENTA CON SEGURO SOCIAL
5	SITUACIÓN DE ABANDONO

\*la vigente en Ecuador

Adaptado de la Guía Técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor. Ministerio de Salud del Perú.

LLENADO POR:

RESPONSABLE:

Fecha:

### Anexo 3

#### Cálculo de tamaño muestral

Tamaño de la muestra para la estimación de prevalencia con marco muestral desconocido.		
$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$		
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	<b>0.050</b>
Nivel de confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Z de (1- $\alpha/2$ )	$Z (1 - \alpha/2) =$	1.960
Prevalencia de la enfermedad	$p =$	<b>0.500</b>
Complemento de p	$q =$	0.500
Precisión	$d =$	<b>0.050</b>
Tamaño de la muestra	$n =$	<b>384.15</b>

**384.15** + 15% de pérdidas estimado

TOTAL: 442