

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DEPRESIVO EN ADULTOS
MAYORES PERUANOS REGISTRADOS EN LA ENCUESTA
DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2019**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

TORRES MANTILLA JUAN CARLOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA--PERÚ

2021

ASESORA

M.Sc. JESSICA E. ACEVEDO FLORES

AGRADECIMIENTO

A mis padres por haber guiado mis pasos en la vida. Pero sobre todo a mi hermano Diego Torres por su decisivo apoyo requerido para este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios, que bendice mi lucha, a mis padres y hermanos, por motivarme a luchar.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El trastorno depresivo se considera una discapacidad relacionada con la salud mental que afecta a aproximadamente 350 millones de personas en todo el mundo, lo que genera altos costos de atención médica debido a la recurrencia y cronicidad de los síntomas

OBJETIVO: Determinar los factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio explicativo, observacional, correlacional, de corte trasversal y retrospectivo. La muestra quedó conformada por el total de personas mayores de 60 años identificadas en la ENDES 2019.

RESULTADOS: El modelo ajustado determinó la ausencia de asociación en pertenecer al grupo etario de 75 a 84 años, respecto al de 60 a 74 ($p=0,085$), encontrarse afiliado a un seguro de salud ($p=0,151$), pertenecer al dominio geográfico de la Sierra respecto de Lima Metropolitana ($p=0,202$), pertenecer al quintil Pobres respecto al quintil los más pobres ($p=0,146$), residir en el área urbana frente al área rural ($p=0,604$) y el hábito de no consumir alcohol ($p=0,435$).

CONCLUSIONES: Se concluye que pertenecer al grupo etario mayor de 85 años y al sexo masculino constituyen factores de riesgo para el trastorno depresivo; mientras que el grado de instrucción y quintil de riqueza, desde el Quintil Medio, indicaron ser factores de protección al tomarse como referencia las categorías “Sin educación” y “Los más pobres”, respectivamente, así como no presentar alguna discapacidad.

PALABRAS CLAVES: Depresión; Factores Sociodemográficos; Hábitos Nocivos; Discapacidad; Adultos Mayores.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Depressive disorder is considered a mental health-related disability that affects approximately 350 million people worldwide, which generates high health care costs due to the recurrence and chronicity of symptoms

OBJECTIVE: To determine the factors associated with depressive disorder in Peruvian older adults registered in the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2019.

MATERIAL AND METHODS: An explanatory, observational, correlational, cross-sectional and retrospective study was carried out. The sample was made up of the total of people over 60 years old identified in the ENDES 2019.

RESULTS: The adjusted model determined the absence of association in belonging to the age group of 75 to 84 years, compared to 60 to 74 ($p = 0.085$), being affiliated with a health insurance ($p = 0.151$), belonging to the geographic domain of the Sierra with respect to Metropolitan Lima ($p = 0.202$), belonging to the Poor quintile with respect to the poorest quintile ($p = 0.146$), residing in urban areas compared to rural areas ($p = 0.604$) and the habit of not consuming alcohol ($p = 0.435$).

CONCLUSIONS: It is concluded that belonging to the age group over 85 years of age and male are risk factors for depressive disorder; while the level of education and wealth quintile, from the Middle Quintile, indicated to be protective factors when taking as reference the categories "Without education" and "The poorest", respectively, as well as not having any disability.

KEY WORDS: Depression; Sociodemographic factors; Harmful Habits; Disability; Older adults.

INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo se considera una discapacidad relacionada con la salud mental que afecta a aproximadamente 350 millones de personas en todo el mundo, lo que genera altos costos de atención médica debido a la recurrencia y cronicidad de los síntomas. A pesar de los esfuerzos de detección e intervenciones tempranas, la etiología de la depresión aún no se comprende cabalmente; además, el impacto negativo del trastorno depresivo en el desarrollo de algunas enfermedades no transmisibles y trastornos por consumo de sustancias dificulta aún más la comprensión de la patología.

En Perú, la probabilidad de tener una discapacidad y el Año de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD) aumenta a partir de los 50 años en adelante. Asimismo, existe evidencia que sugiere una asociación entre la discapacidad física, comorbilidades generales, factores sociodemográficos y depresión, en poblaciones de más de 60 años. Considerando ello, el presente estudio tendrá como objetivo identificar la prevalencia y factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores, de acuerdo con los datos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019.

El presente trabajo cuenta con cinco capítulos:

Capítulo I: Plantea el problema, la justificación, la delimitación y la limitación de la investigación, además están descritos los objetivos

Capítulo II: Menciona investigaciones antes realizadas sobre nuestro tema, también describe toda la información acerca del trastorno depresivo, y las variables de estudio. Además, plantea la hipótesis general y las hipótesis específicas.

Capítulo III: Define el diseño de la investigación y la población, la cual está constituida por 4174 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión de la investigación

Capítulo IV: Se describen los resultados y las discusiones de la investigación

Capítulo V: Se describen las conclusiones y recomendaciones de la investigación

ÍNDICE

CARÁTULA	I
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	2
1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIONES DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6 OBJETIVOS	6
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.7 PROPÓSITO	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS	8
2.2 BASES TEÓRICAS	11
2.3 MARCO CONCEPTUAL	29
2.4 HIPÓTESIS	31

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL	31
2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	31
2.5 VARIABLES	31
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS	32
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	33
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	33
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.3 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.5 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	36
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	36
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	37
4.1 RESULTADOS	37
4.2 DISCUSIÓN	44
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
5.1 CONCLUSIONES	48
5.2 RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA DEPRESIÓN MAYOR 20

TABLA N°2

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA) 23

TABLA N°3

INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES PARA SU USO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA 27

TABLA N°4

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO 37

TABLA N°5

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNO DEPRESIVO EN ADULTOS MAYORES 39

TABLA N°6

ESTIMACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES PERUANOS EN RELACION AL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN 42

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1:

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 64

ANEXO 2:

MATRIZ DE CONSISTENCIA 66

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día, la distribución de los grupos poblacionales en el mundo está experimentando cambios significativos. A nivel global, la dinámica demográfica y el aumento de la longevidad han determinado el incremento de la población mayor de 60 años^{1,2}. De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los adultos mayores de 60 años constituyen el grupo etario con mayor crecimiento, al punto que, hacia el año 2050, se proyecta que el 80% de la población de los países en vías de desarrollos serán adultos mayores².

En relación con el panorama general, en América Latina y el Caribe el envejecimiento reportado por las Naciones Unidas ha sido de un 14% en 35 años³. Consecuentemente, en el Perú, el Instituto Nacional de Informática (INEI) ha estimado una tasa promedio de crecimiento anual del 4.9% en los últimos diez años, lo que implica que, para el año 2050, uno de cada cinco habitantes pertenezca al grupo de adultos mayores⁴.

Junto con el aumento mundial del número de adultos mayores, una mejor comprensión de la depresión en la vejez resulta importante, desde una perspectiva clínica y de salud pública^{5,6}. La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes en este grupo de edad y está relacionada con el desarrollo y peor pronóstico de otras enfermedades crónicas⁵.

Por otro lado, se estima que el 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, que se refleja en los índices de la carga mundial de trastornos mentales, enfermedades no transmisibles y otras comorbilidades relacionadas con la edad⁶. Además, quienes padecen de alguna discapacidad suelen tener que afrontar la pérdida del rol dentro de la familia, el desempleo,

el estigma social y personal propios de la discapacidad y la asistencia sanitaria de baja calidad^{6,7}.

La evidencia actual sugiere que existe una estrecha relación entre discapacidad y salud mental, que incluye un mayor riesgo de depresión. Sin embargo, no solo la fisiopatología y los mecanismos vinculados todavía no se comprenden completamente, sino que otros factores podrían influenciar en esta relación⁷. Diversos estudios han establecido la importancia de los llamados determinantes sociales de la salud^{5,7}. En cuanto a ellos, existen trabajos que han identificado la relación de aspectos sociodemográficos con el trastorno depresivo en adultos mayores⁵⁻⁷.

Ante la evidencia que sugiere una asociación entre la discapacidad física, comorbilidades generales, factores sociodemográficos y depresión, en poblaciones de más de 60 años, el presente estudio tendrá como objetivo identificar la prevalencia y factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores, de acuerdo con los datos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuáles son los factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO

- ¿Están asociados los factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, cobertura de salud, dominio geográfico, área de residencia o quintil de riqueza; con el trastorno depresivo en

adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019?

- ¿Está asociado el padecer de alguna discapacidad con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019?
- ¿Están asociados los hábitos nocivos: consumo de alcohol o fumar con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

- **JUSTIFICACIÓN TEÓRICA**

La evidencia disponible sugiere que el trastorno depresivo en el adulto mayor varía de acuerdo a las características sociodemográficas y determinantes estructurales de cada país; incluso dentro de un mismo continente.

Ante la diferencia entre los porcentajes de prevalencia registrados para los distintos países, la presente investigación aporta datos específicos de la realidad nacional que enriquecen la teoría sobre la comprobada variabilidad de la influencia que ejercen los factores sociodemográficos, discapacidad y hábitos nocivos sobre el trastorno depresivo en adultos mayores, en relación con cada sociedad.

Estos resultados proporcionarán un fundamento teórico para el diseño de estrategias orientadas a combatir el trastorno depresivo en poblaciones específicas, como son los adultos mayores y al diseño de futuras investigaciones que busquen obtener información sobre la relación de los determinantes de la salud en la población.

- **JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

Los resultados de esta investigación, permitirán identificar factores de riesgo asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos; lo cual permitirá crear estrategias de prevención en la salud mental más eficientes, cuya concepción responda a necesidades concretas e impliquen un beneficio real a la salud.

- **JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA**

El presente trabajo aportará el uso de un instrumento validado en el Perú por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud. Además, aportará la aplicación de dicho instrumento para el análisis de una encuesta de alcance nacional, cuyos datos son altamente representativos y servirá para enriquecer la metodología de futuras investigaciones que busquen analizar bases de datos de muestra bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente a nivel departamental y por área urbano rural; como lo es la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES).

- **JUSTIFICACIÓN SOCIAL**

Por la naturaleza del grupo etario, la población estudiada es particularmente vulnerable. Los adultos mayores constituyen una población susceptible a trastornos de salud mental, discapacidad física, situación de abandono y padecimiento de condiciones crónicas perjudiciales para la salud. El estudio identificará los factores sociodemográficos, discapacidad y hábitos nocivos asociados al trastorno depresivo en adultos mayores, lo cual será un beneficio no solo para los que padecen la enfermedad, sino también a su familia y a la comunidad en general.

1.4 DELIMITACIÓN

- a) **Delimitación Espacial:** El presente proyecto de investigación se desarrollará en el ámbito de aplicación de la ENDES, que abarca todo el territorio nacional.

- b) **Delimitación Temporal:** El presente proyecto de investigación se realizó con información recolectada por el INEI en el año 2019.

- c) **Delimitación Social:** La población objeto de estudio abarca a los adultos mayores de 60 años que fueron registrados con los datos completos en la ENDES 2019.

- d) **Delimitación Conceptual:** El presente proyecto de investigación pretende dar a conocer la asociación entre los factores sociodemográficos, discapacidad y hábitos nocivos sobre el trastorno depresivo en adultos mayores.

1.5 LIMITACIONES

No se puede inferir causalidad en la interpretación de los resultados debido al diseño transversal del estudio. Además, en la interpretación no se puede descartar la causalidad inversa de los resultados.

La Organización Mundial de la Salud define la discapacidad como un fenómeno continuo; sin embargo, esta variable está dicotomizada en la ENDES 2017 (sí / no).

Debido a que se trató de un análisis secundario, no pudimos incluir algunas posibles variables intervinientes como los antecedentes familiares

de depresión u otras comorbilidades diferente de la hipertensión y la diabetes.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Demostrar cómo los factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, cobertura de salud, dominio geográfico, área de residencia o quintil de riqueza están asociados con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.

Demostrar cómo el padecer de alguna discapacidad está asociado al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.

Demostrar cómo los hábitos nocivos: consumo de alcohol o fumar están asociado con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.

1.7 PROPÓSITO

El propósito del proyecto de investigación es identificar la prevalencia y factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores, de acuerdo con los datos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019. Esto permitirá que el personal de salud

especialista en psiquiatría, geriatría e investigadores en general identifique a los adultos mayores que están en riesgo. De esta manera podrán establecerse medidas preventivas para la mejora de las intervenciones sanitarias y lograr disminuir la prevalencia del trastorno depresivo.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

Antecedentes nacionales:

Ethel Fabián Herrera (Perú, 2020); Factores asociados a trastorno depresivo mayor en adultos mayores residentes en el Perú: estudio poblacional basado en la ENDES 2018; se diseñó un Estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico basado la ENDES 2018, los resultados obtenidos fueron que las mayores prevalencias de depresión mayor se encontraron en las regiones de Puno (24,7%) y Huancavelica (17,6%). Además, en ambas regiones la mayoría de los casos de depresión mayor en adultos mayores se encontraban en las zonas rurales. En el modelo de regresión de Poisson, se evidenció que la lengua materna y sufrir de hipertensión arterial fueron factores de riesgo para depresión mayor, mientras que el índice de riqueza se comportaba como factor protector al tomar como referencia la categoría de rico a medio.

Paola Baldeón-Martínez, Consuelo Luna-Muñoz, Sandra Mendoza-Cernaqué, Lucy E. Correa-López (Perú, 2019); Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017; se realizó un Estudio observacional, correlacional y de corte transversal que usó una muestra probabilística de 4917 adultos mayores (60 años a más). Se identificó que la prevalencia de depresión en el adulto mayor peruano en el año 2017 fue de 14,2%. Como variables sociodemográficas asociadas a la depresión fueron el sexo femenino [ORaj 1,995 (1,684 -2,364)]; carecer de instrucción [ORaj 2,524 (2,126 - 2,996)]; la edad mayor de 75 años [ORaj 1,763 (1,494 - 2,080)]; vivir en una zona rural [ORaj 1,410 (1,198 - 1,659)]; y ser pobre [ORaj 1,456 (1,229 - 1,724)]. No hubo asociación entre depresión y discapacidad ($p=0,704$). [ORaj 1,103 (0,663 - 1,835)].

Martha Martina, Miguel Angel Ara, César Gutiérrez, Violeta Nolberto, Julia Piscoya (Perú 2017); Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015; se realizó un Estudio observacional, transversal y analítico donde La prevalencia estimada fue de 14%. Respecto a los factores de riesgo para la depresión, se identificaron la condición de mujer [OR 1,92 (1,72 - 2,15)]; ser mayor de 75 años [OR 1,56 (1,40 - 1,74)]; el carecer de instrucción [OR 2,63 (2,35 - 2,95)]; el vivir sin pareja [OR 1,32 (1,19 - 1,47)]; el residir en área rural [OR 2,12 (1,91 - 2,36)]; el ser pobre [OR 2,30 (2,06 - 2,56)] y el tener alguna discapacidad [OR 2,63 (2,29 - 3,02)].

David Villarreal-Zegarra, Antonio Bernabe-Ortiz (Perú 2020); Association between arterial hypertension and depressive symptoms: Results from population-based surveys in Peru; por medio de un análisis secundario de la Encuesta de Demografía y Salud en Perú (2014-2016). Se analizaron los datos de 87 253 participantes. Un total de 2633 (3,0%; 95% IC: 2,8% -3,2%) de los individuos tenían síntomas depresivos, mientras que la hipertensión estaba presente en 15681 (19,6%; IC del 95%: 19,1% -20,1%) sujetos. En el modelo multivariable, las personas con menos de un año desde el diagnóstico tenían más del doble de probabilidades de tener síntomas depresivos (RP = 2,08, IC del 95%: 1,65-2,63) en comparación con el grupo de personas sin hipertensión. Esta probabilidad disminuyó para individuos con 1 a 4 años desde el diagnóstico (RP = 1,42, IC del 95% 1,13-1,80), y para personas con ≥ 5 años desde diagnóstico (RP = 1,29; IC del 95%: 1,01-1,64).

Antecedentes internacionales:

Robin A Richardson, Katherine M Keyes, José T Medina, Esteban Calvo (Estados Unidos 2020); Sociodemographic inequalities in depression among older adults: cross-sectional evidence from 18 countries; en este estudio transversal, se organizaron los datos de ocho grandes estudios de

cohortes de envejecimiento en 18 países. Se restringió el estudio a adultos de 55 años o más, y se midió la depresión utilizando puntos de corte establecidos por el Centro de Estudios Epidemiológicos, abreviado en Depresión o escalas EURO-D. Se estimaron las razones de prevalencia para cada país por edad, estado civil, nivel educativo y sexo con regresión logística; para comparar estimaciones en todos los países, estandarizando las estimaciones a la distribución sociodemográfica media de la muestra. Entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de mayo de 2015, 93590 adultos mayores completaron preguntas relacionadas con la depresión y desigualdades sociodemográficas. La variación fue más aparente para la edad: las proporciones de prevalencia (adultos de 75 años o más frente a adultos de 55 a 65 años) oscilaron entre 2,66 (IC del 95% 2,13–3,20) en Israel a 0,78 (95% CI 0,72–0,84) en los Estados Unidos. También fue evidente la heterogeneidad por otros factores. El género obtuvo una prevalencia (mujeres frente a hombres) que varía entre 1,07 (IC del 95% 1,01–1,14) en Corea a 1,96 (IC del 95%: 1,55–2,36) en Grecia. Las tasas de prevalencia con respecto a educación (menos que la educación secundaria frente a alguna educación postsecundaria) oscilaron entre 1,01 (95% CI 0,88–1,14) en Japón a 2,34 (95% CI 2,14–2,55) en los EE. UU. La tasa de prevalencia del estado civil (divorciados o separados vs casados) osciló entre 1,11 (95% CI 1,01–1,21) en Chile a 2,01 (95% CI 1,73–2,29) en Inglaterra.

Linnea Sjöberg, Björn Karlsson, Anna-Rita Atti, Ingmar Skoog, Laura Fratiglioni, Hui-Xin Wang (Suecia 2017); Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults; se utilizó una muestra basada en la población de 3353 individuos de entre 60 y 104 años de la Asociación Nacional Sueca y se analizó el estudio sobre envejecimiento y cuidados en Kungsholmen (SNAC-K). La prevalencia de depresión se estimó mediante los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR y los criterios del ICD-10. Los resultados que se obtuvieron en el estudio fueron prevalencias de cualquier depresión (incluidos

todos los grados de gravedad) del 4,2% (moderada / grave: 1,6%) para ICD-10 fue 9,3%, para DSM-IV-TR; 10,6%. La prevalencia de depresión fue menor en los pacientes sin demencia. Además, tener una función física deficiente, o no tener pareja se asoció de forma independiente con una mayor prevalencia de depresión.

2.2 BASE TEÓRICA:

La salud mental es la dimensión, dentro del concepto de Salud, que más estigmas tiene, al punto que las creencias falsas sobre estas enfermedades conducen a agravar los cuadros clínicos y al abandono de los tratamientos⁸. En la actualidad es tan importante para la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en la definición de lo que es “la salud” incluye la salud mental. Esta se define como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, las cuales le permite afrontar los problemas cotidianos de la vida, tiene la capacidad de poder desempeñar un trabajo de forma productiva y fructífera y además es capaz de contribuir positivamente a la comunidad que este pertenece⁹.

Bajo el concepto de lo que es salud mental, podemos considerar como principales factores que la afectan los múltiples aspectos relacionados con los problemas psicosociales y sociodemográficos, los cuales afectan el día a día de la persona, producen sufrimiento y un menor bienestar social, por consiguiente, menor calidad de vida^{8,9}.

Estudios realizados por Corín explican que el punto de partida del estudio sobre la salud mental no se sitúa en la persona propiamente dicho, sino en la interacción constante y continua de la persona con el entorno que lo rodea, debido a esto la conclusión que pudo llegar Corín en su estudio fue que se identificaron determinantes psicológicos, sociales y biológicos de salud mental¹⁰.

La epidemiología relacionada al estudio de estos determinantes psicosociales, sociodemográficos y biológicos, los cuales son identificados por Corin apoya a la comprensión de la influencia de estos determinantes en la población¹⁰.

El principal determinante estudiado por la epidemiología es el social, en este se encuentra la educación, las condiciones de trabajo, el empleo el ingreso económico y la exclusión social (por discapacidad, por clase social, por sexualidad, por etnia, raza y género), pero estos problemas no afectan solo a adolescentes o adultos, sino también a todos los grupos etarios y en mayor medida a los adultos mayores, los cuales por ser la última etapa de vida, son los más susceptibles a padecer de enfermedades degenerativas y rechazo social¹⁰.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2018 publica el documento "La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas" en el cual se hace un análisis sobre las necesidades, dificultades y carencias sobre los principales problemas de salud mental. Además, se publicaron datos estadísticos relacionados a la realidad actual del continente, el mismo describe a la depresión como la principal afección dentro de los trastornos mentales, representando un 15% en países desarrollados y un 40% en países en vías de desarrollo¹¹.

Desde el punto de vista epidemiológico en el Perú, el último estudio está dado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi "HN-HN" evaluó los principales problemas de salud en Lima Metropolitana y Callao el cual organizo los problemas de acuerdo a la realidad sociodemográfica y enfermedades más prevalentes del Perú¹².

En promedio se tiene que el 20,7% de personas mayores de 12 años de edad en el Perú padecen de algún trastorno mental, siendo las zonas urbanas del país las de mayor prevalencia. En Lima este porcentaje llega a ser el 10,4%¹².

El trastorno más prevalente en el Perú es la depresión, la cual representa el 7,6%. Este trastorno es la principal causa de suicidio en el país con un

significativo 80%, el reporte epidemiológico del Instituto de Salud Mental en el año 2018 menciona que aproximadamente un millón setecientas mil personas sufren de esta enfermedad, pero que solo cuatrocientas veinticinco mil personas reciben algún tratamiento.

En Lima se estima que cada 22 minutos una persona deprimida intenta suicidarse, además un 23,4% de los adultos jóvenes y adultos mayores han tenido conductas e intentos suicidas¹³.

En el reporte epidemiológico publicado del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi "HD-HN" describe el diagnóstico situacional de los hospitales y centros de salud en la región de Lima, los cuales concluyen que los trastornos neuropsiquiátricos son los más frecuentes, dentro de estos la depresión es el más prevalente, además, se describe que la depresión aumenta el riesgo de complicaciones de enfermedades crónicas, disminuye el autocuidado de la salud y lleva a la persona a padecer de una disfunción social¹².

En el primer nivel de atención se reportó que entre el 45 y 95% de los pacientes diagnosticados con depresión presentaban síntomas somáticos, un 50% refería problemas físicos que no se podían explicar por alguna patología orgánica y solo un 11% respondió de manera negativa a la pregunta directa si es que sufre depresión o no¹².

El informe del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) también estudio los trastornos mentales que padece la población hospitalizada, concluyendo que el 37,2% de pacientes hospitalizados padecían de algún trastorno mental, en el primer nivel de atención se evidencio que la prevalencia de pacientes que inicialmente llegaban a ser atendidos por molestias físicas y que finalmente se les diagnosticaba algún trastorno mental fue de 7,9%¹².

Basándose en anteriores reportes, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) aplico la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, la cual identificó que la depresión es la enfermedad más prevalente en pacientes adultos

mayores hospitalizados, mientras que la ansiedad es más prevalente en adolescentes y adultos hospitalizados¹².

Durante todo el informe presentando por el Instituto de Salud Mental (INSM) se describe que los trastornos mentales son enfermedades subdiagnosticadas y muchas veces son ignorados por el profesional de salud todo esto debido a un desconocimiento por parte de este sobre criterios diagnósticos, o por una mala interpretación de los resultados de dichos criterios. Es por ello que durante el estudio se determinó que solo el 3,4% de médicos identificó un problema de salud mental en los pacientes que evaluaron y además un gran porcentaje de estos médicos diagnosticaba un trastorno mental sin seguir criterios diagnósticos descritos en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM)¹².

Por tal motivo el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) le otorgó a los médicos no especialistas en psiquiatría la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) la cual es una herramienta de diagnóstico clínico para detectar trastornos mentales, esto con el objetivo de lograr un diagnóstico precoz de las enfermedades¹⁴.

Sin embargo, una vez dada esta herramienta a los profesionales de la salud solo el 11,2% pudo diagnosticar algún trastorno mental y este porcentaje es más bajo aun en el grupo etario adultos mayores el cual corresponde a las personas mayores de 60 años¹⁵.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la población general y la condición de salud mental más común en pacientes atendidos en el primer nivel de atención y a nivel hospitalario¹⁶⁻¹⁷. Aunque los síntomas de depresión son frecuentes entre las personas, pocos comentan estos síntomas directamente con el personal médico al momento de la atención ya sea por consultorio o emergencia. Además, las personas que padecen de depresión presentan síntomas somáticos (Dolor de cabeza, problemas de espalda o dolor crónico), lo que dificulta la detección de la depresión.¹⁸⁻¹⁹.

Ante la ausencia de un cribado, se estima que sólo se identifica el 50% de los pacientes con depresión²⁰. A menos que se les pregunte directamente sobre su estado de ánimo²⁰. Los pacientes omiten información sobre los síntomas depresivos por una variedad de razones, incluido el miedo a la estigmatización, la creencia de que la depresión está fuera del ámbito de la atención en salud, la creencia de que la depresión no es una enfermedad "real" sino más bien una enfermedad personal, que solo es un defecto, la preocupación sobre la confidencialidad de los registros médicos y preocupaciones sobre la prescripción de medicamentos antidepresivos o la derivación a un psiquiatra²¹.

Debido a toda esta estigmatización relacionada a la depresión, la detección sistemática de la enfermedad no se da a tiempo por parte del personal de salud, lo que lleva a la persona a padecer de las complicaciones de la enfermedad²². La depresión no tratada se asocia con una disminución de la calidad de vida²², un mayor riesgo de suicidio²³ y resultados fisiológicos deficientes cuando la depresión coexiste con enfermedades crónicas²⁴. También los pacientes con depresión tienen un mayor riesgo de mortalidad que los pacientes que no sufren de ella.²⁴.

Se ha calculado que cada año vivido con depresión resta aproximadamente un 20 a 40 por ciento de un año de vida ajustado por calidad (AVAC)²⁵⁻²⁶. Además, la depresión impone una carga económica significativa, que representa una pérdida económica significativa para los países y para la familia de la persona que padece dicha enfermedad²⁷. Los efectos de la depresión se extienden más allá del paciente individual, con un impacto negativo en las relaciones amicales del paciente, cónyuge e hijos²⁸⁻³².

El término "depresión" se puede utilizar de múltiples formas, esto debido a que el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V) describe a la depresión no solo en el aspecto semántico, sino también en el aspecto clínico-analítico haciendo referencia al estado de ánimo, síndrome depresivo y trastorno depresivo propiamente dicho^{33.34}.

El estado de ánimo, en relación a la depresión se define por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza; no tener sentimientos; o parecer lloroso frente a los demás³³. En los cuales no se identifica una causa orgánica o un factor desencadenante³³. Esto debido a que se debe de tener en cuenta que el estado de ánimo deprimido (disfórico) puede ser una respuesta normal y, a veces, adaptativa a la pérdida, la decepción o el fracaso percibido. Además, el estado de ánimo deprimido puede ser un síntoma de un síndrome psicopatológico u otro trastorno médico^{33.34}.

El manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales también define a la depresión como un síndrome, el cual es una constelación de síntomas y signos que pueden incluir estado de ánimo deprimido. Dentro del mismo manual los síndromes depresivos incluyen depresión mayor, depresión menor o distimia (trastorno depresivo persistente) los cuales tienen criterios e instrumentos diagnósticos específicos^{33.34}.

Según el manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales la depresión como trastorno mental es una condición clínica distinta³³⁻³⁴. Como trastorno mental la depresión es una entidad que no está relacionada a otro tipo de enfermedades y que cumple los criterios diagnósticos de y que por medio de un instrumento validado es diagnosticado³³⁻³⁴. Por ejemplo, el síndrome de depresión mayor puede ocurrir en varios trastornos, como depresión mayor unipolar (también llamada "trastorno depresivo mayor"), trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos y trastorno depresivo debido a otro (condición médica general)^{33.34}.

En el Perú la depresión es el trastorno mental y neurobiológico más frecuente del adulto mayor, seguido por la enfermedad de Alzheimer y demencias, estas

representan estadísticamente la estadística más alta de enfermedades no transmisibles en el América Latina³⁵.

El estudio sobre la carga de los trastornos mentales en la región de las Américas en el 2018 identifico que el Perú es el tercer país con mayor índice de depresión asociada a discapacidad con un 8,6% y que el grupo etario más afectado es el de los adultos mayores³⁵⁻³⁶. La enfermedad depresiva en la población de edad avanzada es un problema de salud común y grave que se asocia con comorbilidad, deterioro del funcionamiento, uso excesivo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad (incluido el suicidio)³⁶.

El término depresión en adultos mayores incluye tanto a las personas de edad avanzada cuyo trastorno depresivo se presentó antes de tener más de 60 años como a las personas cuyo trastorno se presenta por primera vez pasando los 60 años.

La depresión no es una consecuencia normal del envejecimiento^{43.44}. La tristeza y el dolor son respuestas normales a los eventos de la vida que ocurren con el envejecimiento, como el duelo; ajuste a los cambios de estatus social con la jubilación y la pérdida de ingresos; transición de la vida independiente a la atención residencial o asistida; y pérdida de la función física, social o cognitiva debido a una enfermedad.

Las personas que experimentan su primer episodio de depresión pasando los 60 años tienen menos probabilidades de tener antecedentes familiares de depresión u otro trastorno mental importante que los pacientes cuyo primer episodio ocurrió antes de cumplir 60 años. Esta diferencia sugiere que es menos probable que los factores genéticos o familiares intervengan en la depresión de inicio tardío^{45.46}.

Los factores de riesgo de depresión en la vejez incluyen⁴⁷; Sexo femenino, aislamiento social, estado civil viudo, divorciado o separado, nivel socioeconómico más bajo, condiciones médicas generales comórbidas, dolor incontrolado, insomnio, deterioro funcional, deterioro cognitivo.

El insomnio no sólo es un factor de riesgo para desarrollar distimia y depresión en los adultos mayores, sino que la persistencia del insomnio se ha asociado con la persistencia de la depresión⁴⁸. Además, los antecedentes de trastornos del sueño eran un factor de riesgo independiente de recurrencia de la depresión en los adultos mayores en remisión de la depresión⁴⁹.

Hasta el 50% de los residentes de hogares de ancianos están deprimidos. Un estudio de 634 mil residentes de hogares de ancianos de 65 años a más encontró que durante su primer año, el 54% tenía depresión diagnosticada por un médico⁵⁰. El deterioro cognitivo severo se asoció con tasas más bajas de depresión; tal deterioro puede interferir con la detección de la depresión⁵⁰.

La prevalencia de la depresión es mayor en mujeres de todos los grupos de edad⁵¹. Varios factores pueden explicar la prevalencia desproporcionada de depresión en mujeres mayores: mayor susceptibilidad a la depresión, mayor persistencia de la depresión después de su aparición y mayor mortalidad⁵¹.

Hasta cierto punto, esto también puede ser un artefacto de cómo se define la depresión y se desencadenan los síntomas^{52.53}. Los hombres tienen más probabilidades de presentar ira, irritabilidad, anhedonia, abstinencia o apatía y abuso de alcohol, y es menos probable que reconozcan la tristeza o los síntomas psicológicos⁵⁴.

El riesgo de depresión en ancianos con enfermedades físicas aumenta con el inicio reciente de enfermedad física, mayor gravedad de la enfermedad física, discapacidad funcional y movilidad limitada, dolor mal tratado, múltiples enfermedades.

La depresión amplifica la discapacidad y disminuye la calidad de vida. La depresión en la vejez se asocia con un aumento de las visitas al consultorio y al departamento de emergencias, un mayor uso de drogas y el costo de los medicamentos recetados y de venta libre, un mayor riesgo de uso de alcohol o drogas ilícitas, una mayor duración de la estadía hospitalaria y costos generales más altos de cuidado^{55.56}. La depresión en los adultos mayores

también tiende a ser una condición recurrente o persistente y tiene un impacto adverso en la morbilidad y mortalidad tanto médica como psiquiátrica^{52.57}.

La comorbilidad de la enfermedad depresiva con otros síndromes psiquiátricos como la ansiedad, la somatización y el abuso de sustancias puede afectar la respuesta general al tratamiento y aumentar el riesgo de recaída y recurrencia^{45.47.58}. El abuso de sustancias comórbidas con alcohol, analgésicos recetados o medicamentos hipnóticos está poco reconocido y aumenta el riesgo de caídas, accidentes y deterioro cognitivo^{45.47.58}.

La comorbilidad con ansiedad puede ser un problema particular en la población anciana. La presencia de ansiedad con depresión, especialmente si las quejas somáticas se enfatizan demasiado o se abordan principalmente, puede llevar a un diagnóstico perdido o un tratamiento inadecuado con ansiolíticos, hipnóticos o analgésicos^{58.59.60}.

La depresión es un factor de riesgo importante de suicidio en los ancianos. Las personas de edad avanzada intentan suicidarse con menos frecuencia que los pacientes más jóvenes, pero lo logran con más éxito⁶¹. La mayoría de las víctimas de suicidio de edad avanzada estaban en su primer episodio de depresión y habían visto a un médico en el último mes de vida. Se debe prestar especial atención al paciente de edad avanzada que podría estar en riesgo agudo de suicidio y presenta lo siguiente: desesperanza, insomnio, agitación o inquietud, disminución de la concentración, psicosis activa, consumo activo de alcohol o intoxicación y dolor incesante no tratado⁶¹.

Los efectos de la edad de aparición, los cambios en el envejecimiento del cerebro y la presencia de comorbilidad médica influyen en el tipo y expresión de la depresión, así como en la capacidad de respuesta al tratamiento⁶². Algunos pacientes pueden tener síntomas depresivos clínicamente significativos, pero no cumplen totalmente los criterios para la depresión mayor sindrómica tal como se define en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (tabla N°1), quinta edición (DSM-5)⁶².

Tabla N°1

Criterios diagnósticos del DSM-V para depresión mayor

REFERENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO	Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
TENER EN CUENTA	No incluir síntomas que sean claramente atribuibles a otra afección médica.
ESTADO DE ANIMO	1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica un informe subjetivo (p. Ej., Se siente triste, vacío, desesperado) o las observaciones de otros (p. Ej., Parece lloroso). (NOTA: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable).
PLACER E INTERÉS POR LAS ACTIVIDADES DIARIAS	2) Interés o placer notablemente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).
PÉRDIDA EXPONENCIAL DE PESO	3) Pérdida de peso significativa cuando no está a dieta o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los

	días. (NOTA: En los niños, considere la posibilidad de no lograr el aumento de peso esperado).
PROBLEMAS DE SUEÑO	4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
RETRASO PSICOMOTOR	5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no meramente sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración).
ASTENIA	6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
SENTIMIENTO DE CULPA	7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser ilusoria) casi todos los días (no meramente autorreproche o culpa por estar enfermo).
PÉRDIDA DE LA CONCENTRACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES	8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por su cuenta subjetiva o según lo observado por otros).
IDEACIÓN SUICIDA	9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio
CRITERIO B	Los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

CRITERIO C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a otra afección médica.
CRITERIO D	La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.
CRITERIO E	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición. 2013

Los criterios del DSM-5 para la depresión mayor (tabla N^o1) son idénticos tanto para pacientes de edad avanzada como para pacientes más jóvenes⁶³. Es de destacar que la depresión mayor en la edad adulta tiene más probabilidades de volverse crónica y la recuperación puede ser más lenta, lo que lleva a recaídas frecuentes⁶³. Los pacientes ancianos con depresión mayor pueden tener un deterioro cognitivo que se desarrolla coincidiendo con la aparición de los síntomas del estado de ánimo o después de ella, una condición anteriormente denominada pseudodemencia y ahora denominada síndrome de demencia de la depresión, porque los déficits cognitivos son demostrables⁶³.

Las personas de edad avanzada deben cumplir los mismos criterios del DSM-V para el trastorno depresivo persistente (tabla N^o2) como pacientes más jóvenes⁶³. La distimia se manifiesta con síntomas depresivos que ocurren la mayoría de los días durante al menos dos años. Los pacientes de edad avanzada con distimia de inicio tardío son similares a los pacientes de edad

avanzada con depresión mayor de inicio tardío⁶⁴. Los pacientes con trastorno depresivo persistente tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión mayor, la denominada "depresión doble", y pueden ser particularmente resistentes al tratamiento.

Tabla N° 2

Criterios diagnósticos del DSM-V para el trastorno depresivo persistente (Distimia)

CRITERIO A	Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, según lo indicado por el relato subjetivo o la observación de otros, durante al menos dos años.
CRITERIOS B: Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas	1) Falta de apetito o comer en exceso.
Síntomas más frecuentes relacionados a la distimia	2) Insomnio o hipersomnia
	3) Baja energía o fatiga.
	4) Baja autoestima.
	5) Poca concentración o dificultad para tomar decisiones.
	6) Sentimientos de desesperanza.
CRITERIO C	Durante el período de dos años (un año para niños o adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
CRITERIO D	Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar

	presentes continuamente durante dos años.
CRITERIO E	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
CRITERIO F	La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.
CRITERIO G	Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
CRITERIO H	Los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición. 2013

La depresión menor se diagnostica en pacientes con síndromes depresivos que no cumplen con los criterios de depresión mayor del DSM-5 (tabla N⁰¹) o trastorno depresivo persistente (distimia) (tabla N⁰²) debido a muy pocos síntomas o la duración de los síntomas es demasiado corta.

En el DSM-V, la depresión menor se clasifica como "otro trastorno depresivo especificado", seguida de la razón por la que el síndrome depresivo no cumple los criterios para un trastorno específico como la depresión mayor o el trastorno depresivo persistente⁶⁵. Las razones incluyen "episodio depresivo

con un número insuficiente de síntomas" o "episodio depresivo de corta duración"⁵⁵.

La depresión menor en el adulto mayor es más prevalente que la depresión mayor, y la depresión menor es importante en la población anciana porque estos pacientes padecen una carga de enfermedad comparable a la de los pacientes con depresión mayor, incluidos peores resultados sociales y de salud, deterioro funcional y una mayor utilización de la atención médica y costes de tratamiento^{65.66}. Además, los pacientes con depresión leve tienen un alto riesgo de desarrollar posteriormente una depresión mayor y pueden desarrollar ideas suicidas. En un estudio, los pacientes con depresión menor, de 60 años o más, tenían un riesgo 6 veces mayor de desarrollar depresión mayor al año en comparación con los pacientes sin depresión⁶⁶.

El evaluar a los pacientes para hacer el diagnóstico de depresión en adultos mayores es un muy complejo, en especialmente en los ancianos físicamente frágiles⁶⁷. Múltiples factores complican el diagnóstico de depresión en los ancianos como lo son las enfermedades médicas concurrente con síntomas superpuestos de depresión (fatiga, enlentecimiento psicomotor, pérdida de apetito, alteración del sueño, falta de interés sexual, problemas de memoria), los efectos secundarios de los medicamentos que se superponen a los síntomas de la depresión, las habilidades de comunicación deterioradas en los ancianos, la presentación del paciente con múltiples quejas somáticas, la falta de tiempo en el examen clínico para evaluar problemas psicológicos en pacientes con problemas médicos complejos, el nihilismo terapéutico con respecto a la depresión por parte del paciente, la familia o el proveedor, la renuencia del paciente a reconocer la angustia psicológica debido al estigma percibido de la enfermedad mental⁶⁷.

El estado de ánimo disfórico puede ser menos confiable como indicador de depresión en los ancianos (en adultos mayores de 85 años)⁶⁸. Los criterios de depresión en los ancianos deben enfatizar un cambio de humor o interés con

al menos dos semanas de duración, síntomas no físicos y regresión social o incapacidad⁶⁸.

Los síntomas físicos utilizados para respaldar el diagnóstico de depresión deben ocurrir con los síntomas del estado de ánimo o empeorar después de ellos, y deben ser desproporcionados con respecto a lo que se espera de la enfermedad o los tratamientos habituales⁶⁸. Es menos probable que haya depresión si el paciente responde al afecto de la familia y los cuidadores, conserva el humor, espera las visitas y acepta la asistencia y los cuidados.

Si bien es cierto depende del médico el diagnóstico de depresión, existen criterios que pueden favorecer el diagnóstico, para lo cual deben de considerar los síntomas somáticos o del estado de ánimo desproporcionados a lo esperado, la mala respuesta al tratamiento médico estándar, la poca motivación para participar en el tratamiento y la falta de compromiso con los proveedores de atención.

Varios instrumentos de detección se han desarrollado y validado para su uso en la atención primaria y hospitalaria respecto a la depresión⁶⁹. Como herramientas de detección, estas no deberían ser la única base para diagnosticar la depresión siempre se considera el criterio clínico del médico para el diagnóstico así la herramienta de detección salga con resultado negativo⁶⁹. Cuando los pacientes obtienen un resultado positivo con un instrumento, es necesaria una entrevista de diagnóstico clínico para determinar si se cumplen los criterios de depresión mayor y si está indicado el tratamiento⁶⁹.

Hay varias herramientas de detección disponibles (tabla N^o3). Los instrumentos varían en función de si son auto informados o informados por el entrevistador, si son aplicables a pacientes con barreras cognitivas o lingüísticas o si están validados para controlar la respuesta al tratamiento⁷⁰.

Tabla N°3

Instrumentos de detección de la depresión en adultos mayores para su uso en la atención primaria y hospitalaria

	Porcent aje de sensibili dad	Porcent aje de especific idad	Paciente interno	Pacie nte exter no	Físicam ente enfermo	Cognitiva mente deteriorad o
Evaluador de dos preguntas	97	67	Descono cido	si	descono cido	No
Escala de depresión geriátrica (5 ítems)	94	81	Si	si	si	Desconoci do
Cuestionar io de salud del paciente-9 (9 ítems)	88	88	Descono cido	si	si	Desconoci do
Escala de Cornell para la depresión en la demencia (19 ítems)	90	75	Si	si	descono cido	Si
Centro de Estudios	93	73	no	si	descono cido	No

Epidemiológicos - Escala de depresión (20 ítems)						
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición. 2013

El instrumento denominado “evaluador de dos preguntas” es el que aplica fácilmente y es probable que identifique a los pacientes en riesgo si ambas preguntas se responden afirmativamente^{70.71}. Las preguntas son: "Durante el último mes, ¿te ha molestado sentirte deprimido, deprimido o sin esperanza?" y "Durante el último mes, ¿te ha molestado poco interés o placer en hacer cosas?"^{70.71}.

La escala de depresión geriátrica es un instrumento de autoinforme, se ha estudiado en múltiples contextos^{72.73}. Está conformada por cinco elementos los cuales demostraron buenas características operativas del receptor en todo el espectro de poblaciones ancianas⁷⁴. Los cinco elementos son: “¿Estás básicamente satisfecho con tu vida?” “¿Te aburres a menudo?” “¿Te sientes a menudo impotente?” “¿Prefieres quedarte en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?” “¿Te sientes bastante inútil como eres ahora?”. Con dos respuestas positivas de las 5 sugieren el diagnóstico de depresión⁷⁵.

El cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) se desarrolló específicamente para su uso en entornos de atención primaria y hospitalaria, ha demostrado facilidad, validez y confiabilidad⁷⁶. Cubre los nueve criterios del DSM-5 para la depresión mayor y se puede utilizar para ayudar a establecer un diagnóstico de depresión mayor. Se demostró que el PHQ-9 es una medida fiable de los resultados del tratamiento de la depresión en un gran estudio de adultos

mayores⁷⁶. La herramienta se puede utilizar para evaluar la respuesta al tratamiento en la atención de un paciente individual⁷⁶.

Escala de Cornell para la depresión en la demencia: incorpora información basada tanto en el observador como en el informante y es útil para evaluar la depresión en pacientes con deterioro cognitivo⁷⁷.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos es uno de los instrumentos más comunes que se aplica en los estudios comunitarios y se usa comúnmente en los entornos de atención primaria^{78.79}.

La depresión en los adultos mayores permanece infradiagnosticada y no se trata adecuadamente^{37.38}. Por ejemplo, en Norteamérica, los hombres mayores, especialmente los afroamericanos y los hispanos mayores de 60 años, tienen un riesgo aún mayor de sufrir una depresión no reconocida por el personal médico al momento de la evaluación, en América latina los que tienden a sufrir de depresión también son los adultos mayores, pero está más asociado a factores sociodemográficos^{39.40}.

La depresión a menudo no se diagnostica en la atención primaria y presenta muchas carencias para su diagnóstico en la atención hospitalaria⁴¹ y, en consecuencia, no se trata, incluso cuando se diagnostica⁴². El reconocimiento y el tratamiento de la depresión en los adultos mayores es una responsabilidad importante para el médico. Tanto la farmacoterapia como la psicoterapia pueden beneficiarlos.

2.3 MARCO CONCEPTUAL:

- **Trastornos depresivos:** Es el grupo de enfermedades que tienen como síntoma cardinal la presencia de la tristeza patológica

- **ENDES:** Son las siglas de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, la cual se realiza a nivel nacional anualmente, tiene como fundamento otorgar información relevante sobre la situación actual demográfica y de salud en la población peruana.
- **DSM-V:** Es la quinta y última edición del manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales el cual fue publicado por la asociación estadounidense de psiquiatría en el año 2013.
- **Adultos mayores:** Es la última etapa de vida del ser humano, engloba a todas las personas vivas mayores de 60 años
- **Depresión mayor:** Es el trastorno mental que se caracteriza por presentar 5 o más criterios depresivos asociado a anhedonia durante todo el día en un tiempo establecido de 2 semanas,
- **Depresión menor:** Es el trastorno mental caracterizado por presentar síntomas afectivos (tristeza, irritabilidad y pesimismo) y modificación en el comportamiento que aparecen 3 meses posteriores a un factor desencadenante, el cual produce un daño elocuente en la función social.
- **Síntomas somáticos:** Son aquellos síntomas que son percibidos por el paciente como muy intensos los cuales lo llevan a no poder realizar actividades de la vida cotidiana.
- **Factores sociodemográficos:** Conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en las poblaciones sujetas a estudio.
- **Hábitos nocivos:** Aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción sucesiva provocan daños a corto o largo plazo, situaciones de riesgo o contraer enfermedades graves.
- **Discapacidad:** Condición física o mental que impide el desarrollo natural de las actividades de un individuo.

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existen factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019.

2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA

- Existe asociación entre los factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, cobertura de salud, dominio geográfico, área de residencia o quintil de riqueza; y el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.
- Existe asociación entre el padecer de alguna discapacidad con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.
- Existe asociación entre los hábitos nocivos: consumo de alcohol o fumar con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.

2.5 VARIABLES

a) VARIABLE DEPENDIENTE:

Trastorno depresivo

b) VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factores sociodemográficos:

Edad

Sexo

Grado de instrucción

Dominio geográfico

Lugar de residencia

Quintil de bienestar

Cobertura de salud

Hábitos nocivos:

Hábito de fumar

Consumo de alcohol

Discapacidad

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Edad:** Se refiere al tiempo que ha vivido una persona el cual se inicia contando desde el momento del nacimiento
- **Sexo:** Condición orgánica que diferencia entre masculino y femenino
- **Grado de instrucción:** Es el nivel más alto de estudio alcanzado o realizado por una persona.
- **Dominio geográfico:** Características geográficas distintivas de un determinado país.
- **Lugar de residencia:** Sitio en el cual la persona vive en un momento determinado, en él tiene la intención de residir por algún periodo de tiempo.
- **Quintil de bienestar:** Es el nivel socioeconómico determinado por una encuesta a una población determinada, la cual es ordenada del individuo más pobre al más acaudalado obteniéndose 5 niveles.
- **Cobertura de salud:** Afiliación a un sistema de salud que tiene la sociedad o una persona en particular, que cubra las prestaciones de salud que requiera
- **Hábito de fumar:** Persona que tiene como práctica diaria consumir 1 caja de cigarrillos
- **Consumo de alcohol:** Persona que tiene como practica consumir bebidas alcohólicas por lo menos una vez por semana durante el último año.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Según su naturaleza:** Observacional, ya que el investigador del proyecto no modifica los eventos ocurridos.
- **Según el número de variables:** Correlacional, ya que tiene como objetivo determinar el grado de asociación entre las variables independientes y la aparición del trastorno depresivo.
- **Según el número de mediciones:** Trasversal, ya que los datos fueron recolectados en un momento determinado.
- **Según su planificación de toma de datos:** Retrospectivo debido a que se revisarán la base de datos de la ENDES del año 2019.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel explicativo debido a que estudia el grado de asociación que existe entre los factores sociodemográficos, discapacidad y hábitos nocivos con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

a) POBLACIÓN

La población está conformada por el total de adultos mayores de 60 años registrados en el cuestionario de salud (CSALUD1) de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), aplicada con un alcance nacional por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú,

durante el año 2019. La ENDES es una encuesta de muestra bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente a nivel departamental y por área urbano rural; cuya muestra fue de 36760 viviendas, unidad de muestreo los hogares y unidad de análisis las personas que residen en el hogar. Busca proveer información actualizada sobre la dinámica demográfica, brindar información sobre el estado y factores asociados a las enfermedades no transmisibles y transmisibles y el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento, entre otros aspectos.

b) MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 4174 personas mayores de 60 años, registrados en la ENDES 2019, cuyos registros cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

■ Criterios de inclusión:

- ✓ Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros contengan información completa sobre edad, sexo, grado de instrucción, dominio geográfico, lugar de residencia, quintil de bienestar, cobertura de salud, discapacidad, hábito de fumar y consumo de alcohol.
- ✓ Todas las personas mayores de 60 años, cuyos registros contengan información completa sobre discapacidad.
- ✓ Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros contengan información completa sobre hábito de fumar y consumo de alcohol.

■ Criterios de exclusión:

- ✓ Todas las personas mayores de 60 años, cuyos registros no contengan o contengan información incompleta sobre edad, sexo, grado de instrucción, dominio geográfico, lugar de residencia, quintil de bienestar, cobertura de salud, discapacidad, hábito de fumar y consumo de alcohol.

- ✓ Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros no contengan o contengan información incompleta sobre discapacidad.
- ✓ Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros no contengan o contengan información incompleta sobre hábito de fumar y consumo de alcohol.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se llevó a cabo un análisis secundario de los datos contenidos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), aplicada con un alcance nacional por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI), durante el año 2019.

Los microdatos de la ENDES están disponibles al público en general a través de la página web del INEI, así como una ficha técnica sobre la encuesta en general, modelos de las fichas de recolección de datos y un diccionario que brinda la definición y el valor de cada unidad de medida correspondiente a la codificación de las variables que mide.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se exportó una base de datos en el programa Microsoft Excel que recoja la información de las variables sujetas a evaluación, de acuerdo con los indicadores de la ENDES 2019. Para las variables edad, sexo, grado de instrucción, cobertura de salud, hábito de fumar y consumo de alcohol se utilizaron los códigos de la base de datos CSALUD01; para las variables dominio geográfico y lugar de residencia se utilizaron los códigos de la base de datos RECH0; para la variable quintil de bienestar se utilizaron los códigos de la base de datos RECH23 y para la variable discapacidad se usaron los datos dicotomizados a partir de los códigos de la base de datos RECH1.

Para la variable trastorno depresivo, la ENDES 2019 registra el puntaje obtenido en la encuesta PHQ-9, que consta de 9 sub preguntas y abarca los criterios de la DSM-V. Este instrumento ha sido validado para el Perú por un

juicio de expertos de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud. Siguiendo dicha validación, la variable se dicotomizó en presencia de depresión, si el puntaje final fue mayor o igual a 10, y en ausencia de depresión, si el puntaje final fue menor a 10.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se tabularon en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, que sirvió como ficha de recolección de datos, y se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 25. Para el análisis descriptivo, se emplearon tablas de distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión. Además, para evaluar la relación de las variables del estudio con el diagnóstico de depresión, se aplicó un análisis de diferencia de proporciones y medidas por medio de la estimación del Chi cuadrado. Para determinar la asociación entre las variables de estudio, se empleó un análisis de regresión logística, mediante un modelo de análisis generalizado de Poisson, función de enlace *log* y con estimaciones de varianzas robustas en un modelo crudo y ajustado, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Un $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

No se requirió de consentimientos ni permisos adicionales, por tratarse de una investigación que analizó una base de datos de dominio público que no permite la identificación de los participantes. Las bases de datos utilizadas en el presente estudio pueden obtenerse en la página web del INEI (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>).

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N°4. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO.

Variable		N°	%
Características sociodemográficas			
Sexo	Hombre	2226	53,3%
	Mujer	1948	46,7%
Edad	De 85 a más	217	5,2%
	De 75 a 84	836	20,0%
	De 60 a 74	3121	74,8%
Grado de instrucción	Superior universitaria	404	9,7%
	Superior no universitaria	288	6,9%
	Secundaria	931	22,3%
	Primaria	2497	59,8%
	Sin educación	54	1,3%
Cobertura de salud	Sí	3501	83,9%
	No	673	16,1%
Dominio geográfico	Sierra	1713	41,0%
	Selva	742	17,8%
	Resto Costa	1192	28,6%
	Lima Metropolitana	527	12,6%
	Más Rico	611	14,6%

	Rico	601	14,4%
Quintil de riqueza	Medio	664	15,9%
	Pobres	780	18,7%
	Los más pobres	1518	36,4%
Área de residencia	Rural	1646	39,4%
	Urbano	2528	60,6%
Hábitos nocivos			
Hábito de fumar	No	4093	98,1%
	Sí	81	1,9%
Consumo de alcohol	No	3219	77,1%
	Sí	955	22,9%
Discapacidad			
Discapacidad	No	3846	92,1%
	Sí	328	7,9%
Trastorno depresivo			
Trastorno depresivo	No	3624	86,8%
	Sí	550	13,2%

INTERPRETACIÓN

El presente estudio incluyó un total de 4174 adultos mayores, de los cuales el 13,2% presentaron trastorno depresivo y el 7,9% padecían de alguna discapacidad. Asimismo, el 53,3% de los adultos mayores fueron del sexo masculino, el 74,8% estuvo comprendidos en el grupo etario de 75 a 84 años, el 59,8% alcanzó el grado de instrucción primaria, el 83,9% tenía cobertura de salud, el 41% pertenecía al dominio geográfico de la Sierra, el 36,4% fue registrado en el quintil de riqueza Los más pobres y el 60% residía en el área urbana. Por su parte, se identificó una prevalencia del 1,9% y del 22,9% para el hábito de fumar y de consumo de alcohol, respectivamente. (Tabla 4)

TABLA N°5: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNO DEPRESIVO EN ADULTOS MAYORES

Variables		Trastorno depresivo en adultos mayores peruanos		
		Sin depresión	Con depresión	P
Sexo	Mujer	1636	312	0,000
		84,0%	16,0%	
	Hombre	1988	238	
		89,3%	10,7%	
Edad	De 60 a 74	2761	360	0,000
		88,5%	11,5%	
	De 75 a 84	703	133	
		84,81%	15,19%	
	De 85 a más	160	57	
		73,7%	26,3%	
Grado de instrucción	Sin educación	33	21	0,000
		61,1%	38,9%	
	Primaria	2092	405	
		83,8%	16,2%	
Secundaria	852	79		

		91,5%	8,5%	
	Superior no universitaria	264 91,7%	24 8,3%	
	Superior universitaria	383 94,8%	21 5,2%	
Cobertura de salud	No	605	68	0,010
		89,9%	10,1%	
	Sí	3019	482	
		86,2%	13,8%	
Dominio geográfico	Lima	481	46	0,000
	Metropolitan a	91,3%	8,7%	
		1094	98	
	Resto Costa	91,8%	8,2%	
		654	88	
	Selva	88,1%	11,9%	
1395		318		
Sierra	81,4%	18,6%		
	Quintil de riqueza	Los más pobres	1225 80,7%	293 19,3%
Pobres		673	107	
		86,3%	13,7%	

		597	67	
	Medio	89,9%	10,1%	
		561	40	
	Rico	93,3%	6,7%	
		568	43	
	Más Rico	93,0%	7,0%	
<hr/>				
Área de residencia		2281	247	
	Urbano	90,2%	9,8%	0,000
		1343	303	
	Rural	86,8%	13,2%	
<hr/>				
Hábito de fumar		73	8	
	Sí	90,1%	9,9%	0,375
		3551	542	
	No	86,8%	13,2%	
<hr/>				
Consumo de alcohol		860	95	
	Sí	90,1%	9,9%	0,001
		2764	455	
	No	85,9%	14,1%	
<hr/>				
Discapacida d		240	88	
	Sí	73,2%	26,8%	0,000
		3384	462	
	No	88,0%	12,0%	
<hr/>				

INTERPRETACIÓN

El análisis de la prevalencia según las variables del estudio señaló que el trastorno depresivo fue más frecuente en los adultos mayores del sexo femenino ($p=0,000$), integrantes del grupo etario de 85 a más años ($p=0,000$), personas sin grado de instrucción ($p=0,000$), afiliados a un sistema de salud (0,010%), pertenecientes al dominio geográfico de la sierra ($p=0,000$), registrados en el quintil de riqueza Los más pobres ($p=0,000$), habitantes del área rural ($p=0,000$) y en aquellos que padecen de alguna discapacidad ($p=0,000$). En cuanto a los hábitos nocivos, el consumo de alcohol registró una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$), mientras que el hábito de fumar no ($p=0,375$). (Tabla 5)

TABLA N°6: ESTIMACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES PERUANOS EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Variable	Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos					
	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	RP	IC95%	valor de p	RP	IC95%	valor de p
Sexo						
Mujer	Ref			Ref		
Hombre	0,668	0,570-0,781	0,000	0,602	0,513-0,706	0,000
Edad						
De 60 a 74	Ref			Ref		
De 75 a 84	1,379	1,148-1,657	0,001	1,176	0,978-1,415	0,085
Mayores de 85	2,277	1,786-2,904	0,000	1,664	1,304-2,124	0,000
Grado de instrucción						
Sin educación	Ref			Ref		
Primaria	0,417	0,295-0,590	0,000	0,609	0,428-0,867	0,006
Secundaria	0,218	0,147-0,324	0,000	0,480	0,313-0,737	0,001
Superior no universitaria	0,214	0,129-0,356	0,000	0,515	0,296-0,896	0,019

Superior universitaria	0,134	0,078-0,228	0,000	0,351	0,191-0,644	0,001
Cobertura de Salud						
No	Ref			Ref		
Sí	1,363	1,072-1,732	0,012	1,191	0,938-1,511	0,151
Dominio Geográfico						
Lima Metropolitana	Ref			Ref		
Resto Costa	0,942	0,674-1,317	0,726	0,754	0,537-1,060	0,104
Selva	1,359	0,968-1,906	0,076	0,899	0,621-1,303	0,575
Sierra	2,127	1,586-2,852	0,000	1,254	0,886-1,774	0,202
Quintil de riqueza						
Los más pobres	Ref			Ref		
Pobres	0,711	0,580-0,871	0,001	0,839	0,663-1,063	0,146
Medio	0,523	0,407-0,671	0,000	0,680	0,488-0,947	0,022
Rico	0,345	0,251-0,473	0,000	0,472	0,313-0,711	0,000
Más Rico	0,365	0,288-0,495	0,000	0,548	0,349-0,860	0,009
Área de residencia						
Urbano	Ref			Ref		
Rural	1,884	1,612-2,202	0,000	0,939	0,740-1,191	0,604
Hábito de fumar						
Sí	Ref			Ref		
No	1,341	0,691-2,601	0,386	0,864	0,457-1,636	0,655
Consumo de alcohol						
Sí	Ref			Ref		
No	1,421	1,153-1,751	0,001	1,088	0,881-1,343	0,435
Discapacidad						
Sí	Ref			Ref		
No	0,448	0,367-0,546	0,000	0,542	0,440-0,668	0,000

INTERPRETACIÓN

Mediante el análisis para el cálculo de razones de prevalencia (RP), el modelo crudo reportó asociación entre el trastorno depresivo y todas las variables,

con excepción de pertenecer al dominio geográfico de la Selva ($p=0,076$) y del Resto de Costa ($p=0,726$) respecto a Lima Metropolitana; así como la presencia del hábito de fumar ($p=0,386$). No obstante, en el modelo ajustado se determinó la ausencia de asociación en pertenecer al grupo etario de 75 a 84 años, respecto al de 60 a 74 ($p=0,085$), encontrarse afiliado a un seguro de salud ($p=0,151$), pertenecer al dominio geográfico de la Sierra respecto de Lima Metropolitana ($p=0,202$), pertenecer al quintil Pobres respecto al quintil Los más pobres ($p=0,146$), residir en el área urbana frente al área rural ($p=0,604$) y el hábito de no consumir alcohol ($p=0,435$) (Tabla 6).

Asimismo, entre los factores que sí mostraron asociación, se tiene que los adultos mayores de sexo masculino tuvieron menos probabilidades de padecer del trastorno depresivo ($RP_a= 0,602$; IC95%: 0,513-0,706) que las mujeres, así como los integrantes del grupo etario de mayores de 85 años presentaron mayor riesgo que los de 60 a 74 ($RP_a= 1,664$; IC95%: 1,304-2,124). Por su parte, el no presentar alguna discapacidad se comportó como un factor preventivo ($RP_a= 0,542$; IC95%: 0,440-0,668); mientras que las variables grado de instrucción y quintil de riqueza, desde el Quintil Medio, indicaron también ser factores de protección al tomarse como referencia las categorías “Sin educación” y “Los más pobres” ($p<0,05$), respectivamente (Tabla 6).

4.2 DISCUSIÓN

Los resultados del estudio evidenciaron que del total de adultos mayores estudiados el 53,3% era del sexo masculino, lo cual guarda relación con tres estudios realizados en Perú y un estudio realizado en Estados Unidos⁷⁸⁻⁷⁹⁻⁸⁰⁻⁸², en los que se identificó una proporción similar en el sexo de los adultos mayores. Además, el 59,8% alcanzó el grado de instrucción primaria, lo cual concuerda con dos estudios peruanos realizados, teniendo como base las ENDES del año 2014-2015 y 2017⁷⁸⁻⁷⁹. El 60% de los adultos mayores de la presente investigación residía en el área urbana, en concordancia con cuatro estudios peruanos basados en datos las ENDES de los años 2014-2015-

2016-2017⁷⁸⁻⁷⁹⁻⁸⁰⁻⁸². Finalmente, el 13,2% del total de adultos mayores presentaron depresión, mientras que, en un estudio realizado en el 2017, la proporción de adultos mayores deprimidos fue mayor⁸⁰ (14.1%).

Estos datos sugieren una reducción en la prevalencia del trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. La disminución registrada podría deberse a la implementación de estrategias sanitarias en Salud Mental, entre las que destaca la implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios⁸³. Asimismo, se evidencia un patrón aumentado de envejecimiento demográfico nacional, ya experimentado por otras naciones¹⁻⁴.

Entre los adultos mayores con depresión se identificó que era más frecuente el sexo femenino, concordando con estudios realizados en Suecia, Estados Unidos y cuatro estudios peruanos⁷⁸⁻⁸⁴. Asimismo, el factor de riesgo determinado en el grupo etario de 85 años a más constituye un indicador con potencial de incremento. Aunque actualmente este grupo represente un porcentaje minoritario, dada la dinámica demográfica del envejecimiento en el país, es posible que su cantidad aumente exponencialmente cada año⁸⁵. El 26,3% de los adultos mayores en este rango presentó trastorno depresivo, lo cual representa más del doble del grupo de referencia y sugiere que en un eventual aumento de su representación, la prevalencia del trastorno depresivo aumentará también; tal como se ha registrado en otras poblaciones donde se incrementó la esperanza de vida⁸⁶, en contraste con diferencias los factores sociodemográficos⁸⁶.

Por su parte, el comportamiento del grado de instrucción y del quintil de ingresos como factores de protección implican la influencia de circunstancias ajenas a la labor asistencial, en el estado de la salud mental⁷⁸⁻⁸⁰. Dicha interacción ha sido ampliamente documentada, e incluso la Organización Mundial de la Salud reconoce la necesidad de afrontar las causas sociales que influyen en la salud, al punto de crear una Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) para ocuparse de las razones que podrían determinar inequidades sanitarias evitables⁸⁷. En ese sentido, las recientes

estrategias de salud pública han incluido con especial énfasis el tratamiento y la prevención de las enfermedades más prevalentes en el marco de la Salud Mental⁸⁸. Aun así, los resultados de la presente investigación demuestran que la afiliación a un seguro de Salud no constituye un factor significativo ni de prevención para el trastorno depresivo; más aún, si se considera que el 83,9% de adultos mayores contó con cobertura de salud⁷⁸⁻⁸². La magnitud de los adultos mayores asegurados evidencia que la atención brindada para el tratamiento y prevención del trastorno depresivo no están alcanzando el impacto deseado; aunque, la multifactoriedad involucrada en el problema hace difícil predecir la influencia que los servicios de salud mental, por sí mismos, puedan lograr⁸⁹.

En cuanto al área de residencia y el dominio geográfico, los resultados coinciden con investigaciones previas en las que habitar en el ámbito urbano o rural; así como en distintas circunspecciones territoriales no constituyen factores asociados estadísticamente con el trastorno depresivo en adultos mayores⁷⁸⁻⁸². Esta particularidad podría deberse a la participación limitada de este grupo etario en las dinámicas sociales que caracterizan las diferencias entre locaciones. De igual modo, la política de descentralización junto con los efectos de la globalización podría estar favoreciendo la equidad de las condiciones de vida y salud, independientemente del dominio geográfico y área de residencia⁹⁰.

A su vez, el consumo de alcohol y el hábito de fumar no representaron factores de riesgo para el trastorno depresivo; a diferencia del hecho de padecer una discapacidad⁸². Estos datos coinciden con un estudio norteamericano acerca del alcoholismo y otro sueco en relación con el hábito de fumar⁸²⁻⁸³. Esto puede explicarse, probablemente, debido a las constantes políticas de los países desarrollados y en vías de desarrollo para erradicar los hábitos nocivos^{83,84}; reflejadas en la estadística descriptiva del presente estudio, que registra prevalencias de 1,9% y 22,9% para el hábito de fumar y el consumo de alcohol, respectivamente. Por su parte, se han planteado múltiples

hipótesis sobre la asociación de padecer una discapacidad y el trastorno depresivo, logrando identificar que, a mayor grado de discapacidad, los síntomas depresivos se exacerban⁸⁵⁻⁸⁶. Debe considerarse también que la prevalencia de discapacidad en adultos mayores hallada fue 7,9%; debido a que, a pesar de ser un porcentaje menor, existe evidencia que sugiere la posibilidad de su incremento, al considerar la asociación entre discapacidad y aumento de edad; así como la tendencia al envejecimiento de la pirámide poblacional peruana⁹¹.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Los factores que demostraron estar relacionados con el trastorno depresivo fueron la edad, el sexo, el nivel educativo alcanzado y el quintil de riqueza y el padecer de alguna discapacidad.
- Los factores sociodemográficos que demostraron estar relacionados con el trastorno depresivo en adultos mayores fueron la edad, el sexo, el nivel educativo alcanzado y el quintil de riqueza.
 - Del total de adultos mayores hombres el 10,7% presentó depresión, mientras que en mujeres la prevalencia fue del 16%. Se determinó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) y que los adultos mayores hombres tienen 0,602 veces menos riesgo de padecer trastorno depresivo que las mujeres. Asimismo, del total de adultos mayores de 85 años, el 26,3% presentó trastorno depresivo, mientras que en aquellos con una edad entre los 60 y 74 años la prevalencia fue del 11,5%. Se determinó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) y que los adultos mayores de 85 años tienen 1,664 veces más riesgo de padecer trastorno depresivo que aquellos con una edad entre los 60 y 74 años.
 - Del total de adultos mayores que alcanzaron el nivel educativo superior universitario, el 5,2% presentó trastorno depresivo; mientras que en aquellos que no alcanzaron ningún nivel educativo la prevalencia fue del 38,9%. Se determinó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) y que los adultos mayores que alcanzaron el nivel educativo superior

universitario tienen 0,351 veces menos riesgo de padecer trastorno depresivo que aquellos que no alcanzaron ningún nivel educativo.

- Del total de adultos mayores integrantes del quintil de riqueza Más Rico, el 7% presentó trastorno depresivo; mientras que en aquellos que no alcanzaron ningún nivel educativo la prevalencia fue del 19,3%. Se determinó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) y que los adultos mayores integrantes del quintil de riqueza Más Rico tienen 0,548 veces menos riesgo de padecer trastorno depresivo que aquellos identificados en el quintil de riqueza Los más pobres.
 - Por su parte, los factores sociodemográficos que no demostraron relación con la presencia de trastorno depresivo en adultos mayores fueron estar afiliado a un seguro de salud, el dominio geográfico y el área de residencia ($p>0,05$).
- Asimismo, se estableció que existe relación entre padecer una discapacidad y el trastorno depresivo en adultos mayores.
 - Del total de adultos mayores que sufren de alguna discapacidad, el 26,8% presentó trastorno depresivo; mientras que en aquellos que no sufren de alguna discapacidad la prevalencia fue del 12%. Se determinó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) y que los adultos mayores que no sufren de alguna discapacidad tienen 0,542 veces menos riesgo de padecer trastorno depresivo; por lo que no sufrir de una discapacidad constituye un factor de protección ante el trastorno depresivo en adultos mayores.
 - Igualmente, se determinó que el consumo de alcohol y el hábito de fumar no tuvieron relación con la presencia del trastorno depresivo en adultos mayores, al no hallarse asociación estadísticamente

significativa entre el trastorno depresivo en adultos mayores y dichas variables ($p > 0,05$).

5.2 RECOMENDACIONES

- Diseñar estrategias para fortalecer la Salud Mental que contemplen las necesidades de los adultos mayores en función de su sexo y de la condición de superar los 85 años.
- Fortalecer las políticas públicas orientadas a evitar la deserción escolar y a estimular la educación superior, tanto universitaria como la no universitaria. De igual forma, incluir dentro de los programas de fortalecimiento de la salud mental, el grado de instrucción como una variable que condiciona el riesgo de padecer trastornos depresivos en adultos mayores; para poder identificar las necesidades de los adultos mayores sin educación, nivel primario o secundario.
- Fortalecer las políticas públicas orientadas a la reducción de la pobreza, a la inserción en el mercado laboral y al aumento de la calidad de vida. Asimismo, articular los programas de salud mental con los programas asistenciales y aquellos que benefician específicamente a los adultos mayores, con el fin de abordar el fortalecimiento de la salud mental en adultos mayores contemplando el factor socioeconómico de quintil de riqueza.
- Integrar los programas de atención domiciliaria y del adulto mayor con la información del Concejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), con el fin de identificar las necesidades de los adultos mayores que padecen de alguna discapacidad e incorporarlas, tanto a las visitas domiciliarias como a los programas de salud mental y salud en general.
- Continuar con las políticas públicas de descentralización, tanto generales como de salud en particular; así como con las estrategias dirigidas a la erradicación de hábitos nocivos. Igualmente, reevaluar las

estrategias de salud mental orientadas a los adultos mayores, por parte del Ministerio de Salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos. Huenchan S, editor. Santiago: Naciones Unidas; 2018. 259 p.
- 2 World Health Organization. Envejecimiento y salud. WHO [Internet]. el 5 de febrero de 2018; Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- 3 División de Población. La revisión de 2017 de las perspectivas de población mundial [Internet] Naciones Unidas. 2017 <https://esa.un.org/unpd/wpp/>
- 4 INEI Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana 2020. [Internet]. Lima: INEI; 2020. [citado 05 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf
- 5 Sjöberg L, Karlsson B, Atti AR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang HX. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *J Affect Disord*. 2017 Oct 15;221:123-131. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.011. Epub 2017 Jun 13. PMID: 28645024.
- 6 Barboza JJ, Soriano-Moreno AN, Copez-Lonzoy A, Pacheco-Mendoza J, Toro-Huamanchumo CJ. Disability and severe depression among Peruvian older adults: analysis of the Peru Demographic and Family Health Survey, ENDES 2017. *BMC Psychiatry*. 2020 May 24;20(1):253. doi: 10.1186/s12888-020-02664-3. PMID: 32448117; PMCID: PMC7247146.
- 7 Organización Mundial de la Salud . Abordar la comorbilidad entre los trastornos mentales y las principales enfermedades no transmisibles. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2017

- 8 What is stigma? Why is it a problem? National Alliance on Mental Illness. <https://www.nami.org/stigmafree>. Accessed April 25, 2017
- 9 Organización Mundial de la Salud . Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones de salud global. Ginebra: OMS; 2017.
- 10 Corin E, Rodriguez L, Guay L. Les Figures De L'Aliénation: Un Regard Alternatif Sur L'Appropriation Du Pouvoir. *Canadian Journal of Community Mental Health*. **15**(2): 45-67. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-1996-0010>
- 11 Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.
- 12 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXIV, Año 2018. Número 1
- 13 Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. OMS; 2008
- 14 Lecrubier Y. Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Versión de la CIE-10. 12 Febrero. 1998.
- 15 Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Desarrollo de la comorbilidad de por vida en las encuestas mundiales de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(1):90.
- 16 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validación y utilidad de una versión de autoinforme de PRIME-MD: el estudio de atención primaria PHQ. Evaluación de los trastornos mentales en atención primaria. Cuestionario de salud del paciente. *JAMA* 1999; 282(18): 1737.
- 17 Roca M, Gili M, García-García M, et al. Prevalencia y comorbilidad de los trastornos mentales comunes en atención primaria. *J Affect Disord* 2009; 119(1-3): 52.
- 18 Tylee A, Gandhi P. La importancia de los síntomas somáticos en la depresión en la atención primaria. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7(4): 167.

- 19 Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. Un estudio internacional de la relación entre síntomas somáticos y depresión. *N Engl J Med* 1999; 341(18): 1329.
- 20 Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Diagnóstico clínico de depresión en atención primaria: un metaanálisis. *Lancet* 2009; 374(9690): 609.
- 21 Bell RA, Franks P, Duberstein PR, et al. Sufrir en silencio: motivos para no revelar la depresión en atención primaria. *Ann Fam Med* 2011; 9(5): 439.
- 22 Daly EJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la depresión: un informe STAR * D. *Ann Clin Psychiatry* 2010; 22(1):43.
- 23 Rihmer Z, Gonda X. Prevención de suicidios relacionados con la depresión en atención primaria. *Psychiatr Hung* 2012; 27(2):72.
- 24 Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al. Depresión, enfermedades crónicas y disminución de la salud: resultados de las Encuestas de salud mundial. *Lancet* 2007; 370(9590): 851.
- 25 Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J y col. Metanálisis integral del exceso de mortalidad en la depresión en la comunidad en general versus pacientes con enfermedades específicas. *Am J Psychiatry* 2014; 171(4): 453.
- 26 Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, Kamlet MS. Costo-efectividad de los tratamientos para la depresión mayor en la práctica de atención primaria. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(7): 645.
- 27 Fryback DG, Dasbach EJ, Klein R, et al. El estudio de resultados de salud de Beaver Dam: catálogo inicial de factores de calidad del estado de salud. *Med Decis Making* 1993; 13(2):89.
- 28 Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, et al. La carga económica de los adultos con trastorno depresivo mayor en los Estados Unidos (2005 y 2010). *J Clin Psychiatry* 2015; 76(2): 155.
- 29 Stewart WF, Ricci JA, Chee E y col. Costo del tiempo de trabajo productivo perdido entre los trabajadores estadounidenses con depresión. *JAMA* 2003; 289(23): 3135.

- 30 Benazon NR, Coyne JC. Vivir con un cónyuge deprimido. *J Fam Psychol* 2000; 14(1):71.
- 31 Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. El cuidado y sus cargas. Un estudio de los cónyuges de pacientes deprimidos. *Br J Psychiatry* 1987; 151(7): 660.
- 32 Sills MR, Shetterly S, Xu S, et al. Asociación entre la depresión de los padres y el uso del cuidado de la salud de los niños. *Pediatrics* 2007; 119(4): e829.
- 33 Olfson M, Marcus SC, Druss B y col. Depresión de los padres, problemas de salud mental infantil y utilización de la atención médica. *Med Care* 2003; 41(6): 716.
- 34 Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Arlington 2013.
- 35 Shahrokh NC, Hales RE, Phillips KA, Yudofsky SC. El lenguaje de la salud mental: un glosario de términos psiquiátricos, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2011.
- 36 Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020 [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS. 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2014 (documento CD53/8 y resolución CD49.R17) [consultados el 3 de octubre del 2014]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf> Taylor WD.
- 37 Práctica clínica. Depresión en ancianos. *N Engl J Med* 2014; 371(13): 1228.
- 38 Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS y col. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en la vejez. Actualización de la declaración de consenso. *JAMA* 1997; 278(14): 1186.

- 39 Fyffe DC, Sirey JA, Heo M, Bruce ML. Depresión en la vejez entre pacientes ancianos de atención domiciliaria blancos y negros *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12(5):531.
- 40 Unützer J, Katon W, Callahan CM, et al. Tratamiento de la depresión en una muestra de 1.801 adultos mayores deprimidos en atención primaria. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(4): 505.
- 41 Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Aumento de los costos médicos de una muestra poblacional de pacientes ancianos deprimidos. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(9): 897.
- 42 Licht-Strunk E, Van Marwijk HW, Hoekstra T y col. Resultado de la depresión en la vejez en atención primaria: estudio de cohorte longitudinal con tres años de seguimiento. *BMJ* 2009; 338(9): a3079.
- 43 Steffens DC, Skoog I, Norton MC y col. Prevalencia de la depresión y su tratamiento en una población anciana: estudio del condado de Cache. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(6): 601.
- 44 Koenig HG, Blazer DG. Epidemiología de los trastornos afectivos geriátricos. *Clin Geriatr Med* 1992; 8(2): 235.
- 45 Hybels CF, Blazer DG. Epidemiología de los trastornos mentales de la tercera edad. *Clin Geriatr Med* 2003; 19(4): 663.
- 46 Reynolds CF 3rd, Dew MA, Frank E, et al. Efectos de la edad al inicio del primer episodio de depresión mayor recurrente en la vida sobre la respuesta al tratamiento y el curso de la enfermedad en pacientes de edad avanzada. *Am J Psychiatry* 1998; 155(6): 795.
- 47 Cole MG, Dendukuri N. Factores de riesgo para la depresión entre sujetos de la comunidad de edad avanzada: una revisión sistemática y un metanálisis. *Am J Psychiatry* 2003; 160(6): 1147.
- 48 Pigeon WR, Hegel M, Unützer J, et al. ¿Es el insomnio un factor que perpetúa la depresión en la vejez en la cohorte IMPACT? *Sleep* 2008; 31(4): 481.

- 49 Butters MA, Whyte EM, Nebes RD, et al. La naturaleza y los determinantes del funcionamiento neuropsicológico en la depresión en la vejez. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(6): 587.
- 50 Cho HJ, Lavretsky H, Olmstead R, et al. La alteración del sueño y la recurrencia de la depresión en adultos mayores que viven en la comunidad: un estudio prospectivo. *Am J Psychiatry* 2008; 165(12): 1543.
- 51 Hoover DR, Siegel M, Lucas J, et al. Depresión en el primer año de estadía para ancianos residentes en hogares de ancianos a largo plazo en EE. UU. *Int Psychogeriatr* 2010; 22(7): 1161.
- 52 Barry LC, Allore HG, Guo Z y col. Mayor carga de depresión entre las mujeres mayores: el efecto del inicio, la persistencia y la mortalidad a lo largo del tiempo. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(2): 172.
- 53 Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman AT, et al. Asociación de depresión y género con mortalidad en la vejez. Resultados del Estudio de Ancianos de Amsterdam (AMSTEL). *Br J Psychiatry* 2000; 177(3): 336.
- 54 Crossett JH. Lo mejor está por llegar: prevenir, detectar y tratar la depresión en mujeres mayores. *Asociación de Mujeres J Am Med (1972)* 2004; 59(3): 210.
- 55 Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, et al. Depresión sin tristeza: resultados funcionales de la depresión no disfórica en la edad adulta. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(5): 570.
- 56 Unützer J, Patrick DL, Simon G, et al. Síntomas depresivos y costo de los servicios de salud en pacientes con HMO de 65 años o más. Estudio prospectivo de 4 años. *JAMA* 1997; 277(20): 1618.
- 57 Unützer J, Schoenbaum M, Katon WJ, et al. Costos de atención médica asociados con la depresión en participantes de Medicare de pago por servicio médicamente enfermos. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(3): 506.
- 58 Ziegelstein RC. Depresión en pacientes que se recuperan de un infarto de miocardio. *JAMA* 2001; 286(13): 1621.
- 59 Golpe FC, Brockmann LM, Barry KL. Papel del alcohol en el suicidio en la vejez. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(5): 48S.

- 60 Valenstein M, Taylor KK, Austin K y col. Uso de benzodiazepinas entre pacientes deprimidos tratados en entornos de salud mental. *Am J Psychiatry* 2004; 161(4): 654.
- 61 Waern M, Runeson BS, Allebeck P y col. Trastorno mental en suicidios de ancianos: un estudio de casos y controles. *Am J Psychiatry* 2002; 159(3): 450.
- 62 Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Arlington 2013.
- 63 Lavretsky H, Kumar A. Depresión no mayor clínicamente significativa: conceptos antiguos, nuevas percepciones. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10(3): 239. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, et al. Resultados de la depresión menor y subsindrómica entre pacientes ancianos en entornos de atención primaria. *Ann Intern Med* 2006; 144(7): 496.
- 64 Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Prevalencia de por vida de los trastornos psicóticos y bipolares I en una población general. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(1):19.
- 65 Kivelä SL, Pahkala K. Depresión delirante en los ancianos: un estudio comunitario. *Z Gerontol* 1989; 22(5): 236.
- 66 Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, et al. El estigma percibido como predictor de la interrupción del tratamiento en pacientes ambulatorios jóvenes y mayores con depresión. *Am J Psychiatry* 2001; 158(3): 479.
- 67 Olin JT, Schneider LS, Katz IR y col. Criterios de diagnóstico provisionales para la depresión de la enfermedad de Alzheimer. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10(2): 125.
- 68 Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K y col. Validez comparativa de tres cuestionarios de detección para los trastornos depresivos del DSM-IV y los diagnósticos de los médicos. *J Affect Disord* 2004; 78(2): 131.
- 69 Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Instrumentos de búsqueda de casos para la depresión. Dos preguntas son tan buenas como muchas. *J Gen Intern Med* 1997; 12(7): 439.

- 70 Arroll B, Khin N, Kerse N. Detección de depresión en atención primaria con dos preguntas formuladas verbalmente: estudio transversal. *BMJ* 2003; 327(7424): 1144.
- 71 Montorio I, Izal M. La escala de depresión geriátrica: una revisión de su desarrollo y utilidad. *Int Psychogeriatr* 1996; 8(1): 103.
- 72 Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, et al. Validación de la escala de depresión geriátrica de cinco ítems en ancianos en tres entornos diferentes. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(5): 694.
- 73 Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO y col. Desarrollo y prueba de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(7): 873. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. El PHQ-9: validez de una medida breve de gravedad de la depresión. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9): 606.
- 74 Löwe B, Unützer J, Callahan CM, et al. Seguimiento de los resultados del tratamiento de la depresión con el cuestionario de salud del paciente-9. *Med Care* 2004; 42(12): 1194.
- 75 Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Escala de Cornell para la depresión en la demencia. *Biol Psychiatry* 1988; 23(3): 271.
- 76 Kohout FJ, Berkman LF, Evans DA, Cornoni-Huntley J. Dos formas más cortas del índice de síntomas de depresión CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression). *J Aging Health* 1993; 5(2): 179.
- 77 Radloff, LS. La escala CES-D: la escala de depresión autoinformada para la investigación en la población general. *Appl Psychol Meas* 1977; 1(1): 385.
- 78 Ethel, Fabian Herrera. Factores asociados a trastorno depresivo mayor en adultos mayores residentes en el Perú: estudio poblacional basado en la Endes 2018. *An.Fac.med.* [Internet]. 2020 Mar [citado 2021 Mayo 20]; 78(4):393-397. Disponible en <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2940>
- 79 Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES

- 2014-2015. An. Fac. med. [Internet]. 2017 Oct [citado 2021 Mayo 20]; 78(4): 393-397. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>.
- 80 Baldeón P, Luna C, Mendoza S, Correa L. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2019 Oct [citado 2021 Mayo 20]; 19(4): 47-52. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>.
- 81 Villarreal D, Bernabe A. Association between arterial hypertension and depressive symptoms: Results from population-based surveys in Peru. Asia Pac Psychiatry. 2020; e12385. <https://doi.org/10.1111/ appy.12385>
- 82 Richardson R, Keyes K, Medina J, Calvo E. Sociodemographic inequalities in depression among older adults: cross-sectional evidence from 18 countries. Lancet Psychiatry. 2020 Aug;7(8):673-681. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30151-6. PMID: 32711708; PMCID: PMC7597555.
- 83 Castillo H, Cutipé Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Mayo 24]; 36(2): 326-333. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200023&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>.
- 84 Moreno A, Medina I. Tabaquismo y depresión. Salud Ment [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2021 Mayo 20]; 31(5): 409-415. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500009&lng=es.

- 85 Agar L. Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas. *Acta bioeth.* [Internet]. 2001 [citado 2021 Mayo 24]; 7(1): 27-41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000100003>.
- 86 Picazzo E, Flores M, Cruz M. Análisis regional de la esperanza de vida al nacer en México, por medio del método de regresión. *Revista de Salud Pública* [online]. v. 20, n. 6 [Accedido 24 Mayo 2021], pp. 725-729. Disponible en: <<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.35806>>. ISSN 0124-0064. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.35806>.
- 87 Bernardini D. El día mundial de la salud, los determinantes sociales y las oportunidades. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2012 Jun [citado 2021 Mayo 24]; 29(2): 287-288. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200022&lng=es.
- 88 Del Carmen JC. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Mayo 24]; 36(2): 288-295. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>.
- 89 Díez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate Y, Galán E, Medina J, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2014 Ene [citado 2021 Mayo 24]; 31(1): 131-136. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100019&lng=es.

- 90 Sánchez F. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2013 Oct [citado 2021 Mayo 24]; 30(4): 676-682. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400022&lng=es.
- 91 Varela F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 Abr [citado 2021 Mayo 24]; 33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.

ANEXOS

ANEXO N°1: CUADRO DE OPERALIZACION DE VARIABLES

Alumno: Torres Mantilla Juan Carlos

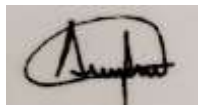
Tema: Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la encuesta demográfica y de salud familiar 2019

VARIABLES INDEPENDIENTES: EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, COBERTURA DE SALUD, HABITO DE FUMAR, CONSUMO DE ALCOHOL, DOMINIO GEOGRAFICO, LUGAR DE RESIDENCIA, QUINTIL DE BIENESTAR, DISCAPACIDAD			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad	60 a 74 75 a 84 >85	NOMINAL	Base de datos CSALUD01
Sexo	Hombre Mujer	NOMINAL	Base de datos CSALUD01
Grado de instrucción	Sin educación Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior Universitaria	NOMINAL	Base de datos CSALUD01
Cobertura de salud	Si No	NOMINAL	Base de datos CSALUD01
Habito de fumar	Si No	NOMINAL	Base de datos CSALUD01
Consumo de alcohol	Si No	NOMINAL	Base de datos CSALUD01
Dominio geográfico	Lima metropolitana Resto costa Sierra Selva	NOMINAL	Base de datos RECH0

Lugar de residencia	Urbano Rural	NOMINAL	Base de datos RECH0
Quintil de Bienestar	Los más pobres Pobres medios Ricos Mas ricos	ORDINAL	Base de datos RECH23
Discapacidad	Si No	NOMINAL	Base de datos RECH1

VARIABLE DEPENDIENTE: TRASTORNO DEPRESIVO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Trastorno depresivo	Si No	NOMINAL	Encuesta PHQ-9

Jessica E. Acevedo Flores



ASESOR _____

ANEXO N°3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Alumno: Torres Mantilla Juan Carlos

Asesora: Jessica E. Acevedo Flores

Local: Chorrillos

Tema: Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la encuesta demográfica y de salud familiar

Problemas	Objetivos	Hipotesis	Variables e indicadores
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles son los factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar los factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019</p>	<p>General:</p> <p>HG: Existen factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Sexo 3. Grado de instrucción 4. Dominio geográfico 5. Lugar de residencia 6. Quintil de bienestar 7. Cobertura de salud 8. Discapacidad 9. Hábito de fumar 10. Consumo de alcohol

P. Específicos	O. Específicos:	Específicas:	Variable dependiente
<p>PE 1: ¿Están asociados los factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, cobertura de salud, dominio geográfico, área de residencia o quintil de riqueza; con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019?</p> <p>PE2: ¿Está asociado el padecer de alguna discapacidad con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos</p>	<p>OE1: Demostrar como los factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, cobertura de salud, dominio geográfico o área de residencia, quintil de riqueza están asociados con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.</p> <p>OE2: Demostrar como el padecer de alguna discapacidad está asociado al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos</p>	<p>HE 1: Existe asociación entre los factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, cobertura de salud, dominio geográfico, área de residencia o quintil de riqueza; y el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.</p> <p>HE 2: Existe asociación entre el padecer de alguna discapacidad con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la</p>	<p>Trastorno depresivo</p>

<p>registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019?</p> <p>PE3: ¿Están asociados los hábitos nocivos: consumo de alcohol o fumar con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019?</p>	<p>registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.</p> <p>OE3: Demostrar como los hábitos nocivos: consumo de alcohol o fumar están asociado con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.</p>	<p>Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.</p> <p>HE 3: Existe asociación entre los hábitos nocivos: consumo de alcohol o fumar con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.</p>	
---	--	---	--

Diseño Metodológico	Población y muestra	Técnicas e instrumentos
<p>- Nivel:</p> <p>El presente estudio es de nivel explicativo debido a que estudia el grado de asociación que existe entre los factores sociodemográficos, discapacidad y hábitos nocivos con el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos.</p> <p>Tipo de Investigación:</p> <p>Según su naturaleza: Observacional, ya que el investigador del proyecto no modifica los eventos ocurridos.</p> <p>Según el número de variables: Correlacional, ya que tiene como objetivo determinar el grado de asociación entre las variables independientes y la aparición del trastorno depresivo.</p>	<p>Población:</p> <p>La población estará conformada por el total de adultos mayores de 60 años registrados en el cuestionario de salud (CSALUD1) de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), aplicada con un alcance nacional por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, durante el año 2019. La ENDES es una encuesta de muestra bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente a nivel departamental y por área urbano rural; cuya muestra fue de 36760 viviendas, unidad de muestreo los hogares y unidad de análisis las</p>	<p>Técnica:</p> <p>Análisis documental</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Base de datos ENDES 2019</p>

	<p>personas que residen en el hogar. Busca proveer información actualizada sobre la dinámica demográfica, brindar información sobre el estado y factores asociados a las enfermedades no transmisibles y transmisibles y el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento, entre otros aspectos.</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</p> <p>Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros contengan información completa sobre edad, sexo, grado de instrucción, dominio geográfico, lugar de residencia, quintil de bienestar, cobertura de salud, discapacidad, hábito de fumar y consumo de alcohol.</p>	
--	--	--

	<p>Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros contengan información completa sobre discapacidad.</p> <p>Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros contengan información completa sobre hábito de fumar y consumo de alcohol.</p> <p>CRITERIOS DE EXCLUSION</p> <p>Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros no contengan o contengan información incompleta sobre edad, sexo, grado de instrucción, dominio geográfico, lugar de residencia, quintil de bienestar,</p>	
--	--	--

	<p>cobertura de salud, discapacidad, hábito de fumar y consumo de alcohol.</p> <p>Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros no contengan o contengan información incompleta sobre discapacidad.</p> <p>Todas las de personas mayores de 60 años, cuyos registros no contengan o contengan información incompleta sobre hábito de fumar y consumo de alcohol.</p>	
--	--	--

<p>Según el número de mediciones: Trasversal, ya que los datos fueron recolectados en un momento determinado.</p> <p>Según la planificación de toma de datos: Retrospectivo debido a que se revisaran la base de datos de la ENDES del año 2019.</p>	<p>Muestra: La muestra está conformada por el total de personas mayores de 60 años, cuyos registros cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. (4174)</p>	
--	---	--

Asesora: Jessica E. Acevedo Flores

