



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE PREGRADO

PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN ADULTOS
MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL
ADULTO MAYOR. REQUE. CHICLAYO – PERÚ.
JULIO – DICIEMBRE 2012

PRESENTADA POR
GUSTAVO ENRIQUE ODAR ORDOÑEZ

TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CHICLAYO - PERÚ

2014



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE PREGRADO

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN
ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO
INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.
REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012**

TESIS

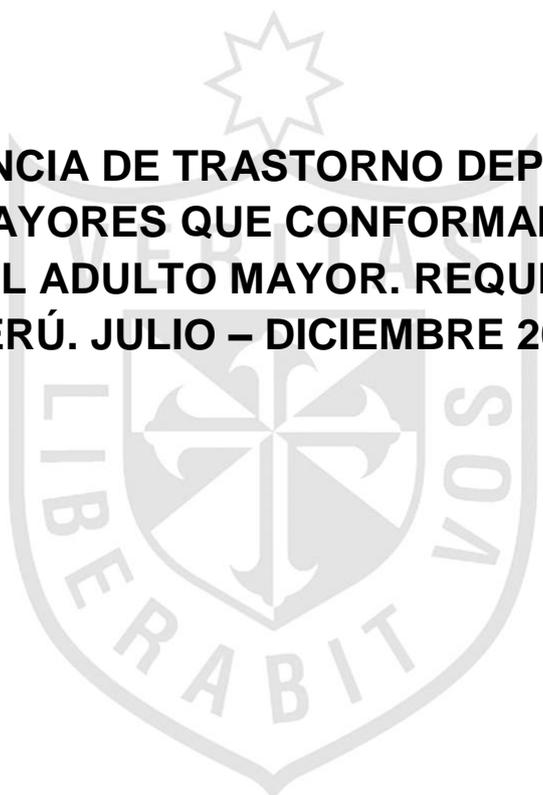
PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

GUSTAVO ENRIQUE ODAR ORDOÑEZ

CHICLAYO – PERÚ

2014



**PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN
ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO
INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. REQUE. CHICLAYO –
PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR:

Dr. Eloy Gonzáles Vera

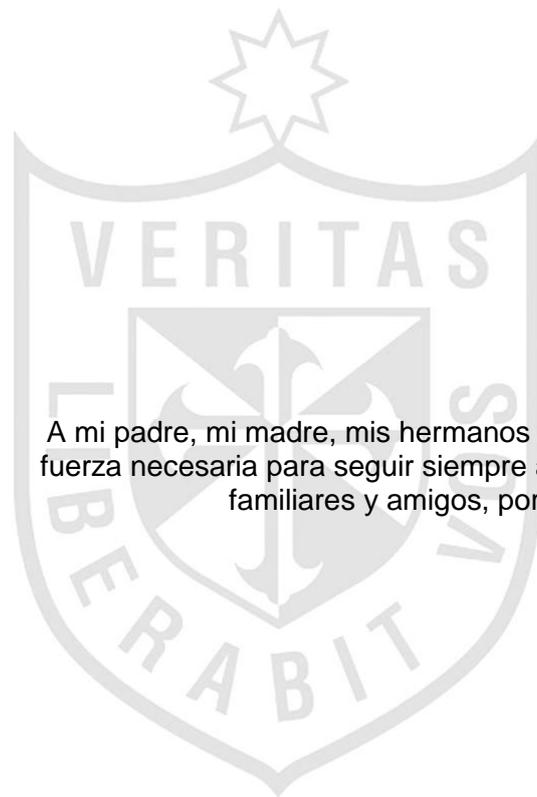
PRESIDENTE DEL JURADO:

Dr. Ricardo Peña Sánchez

MIEMBROS DEL JURADO:

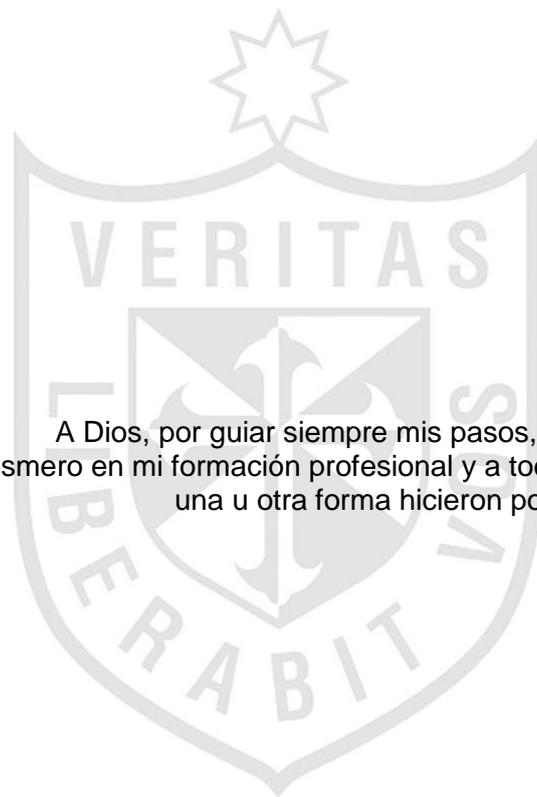
Dr. Carlos Hidalgo Aguilar
Dra. Mileny Perales Salazar





DEDICATORIA

A mi padre, mi madre, mis hermanos y sobrinos, por darme la fuerza necesaria para seguir siempre adelante; y a mis demás familiares y amigos, por su apoyo incondicional.



AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar siempre mis pasos, a mi alma mater por su esmero en mi formación profesional y a todas las personas que de una u otra forma hicieron posible esta investigación.

ÍNDICE

	Páginas
Portada	i
Título	ii
Asesor y miembros del Jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MATERIALES Y MÉTODOS	23
III. RESULTADOS	30
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS.....	44

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque, así como la relación respecto a edad, sexo, red social y frecuencia según nivel de gravedad.

Material y método: La muestra fue de 90 adultos mayores, la cual se obtuvo a partir del Empadronamiento de los 199 Adultos Mayores que constituyen el Centro Integral del Adulto Mayor de Reque (CIAM) al año 2012, los cuales estuvieron distribuidos en 12 sectores. Posteriormente, se les aplicó el Test de Yesavage (versión corta), previa autorización mediante asentimiento informado; para finalizar con el llenado de una ficha de recolección de datos.

Resultados: Con respecto a la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque se obtuvo que el 28.9% padecen dicho trastorno (14.4% sexo masculino y 14.4% sexo femenino). Respecto a la prevalencia según edad, se obtuvo que dicho trastorno está presente en todas las edades (65 – 88 años), además se identificó que los adultos mayores con depresión establecida (3.3%) no tenían una red social consolidada, es decir vivían solos.

Conclusión: La prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque fue de 28.9%.

Palabras claves: depresión, adulto mayor, test de yesavage.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of depressive disorder in older adults that make up the Comprehensive Center of Reque Senior district as well as the relationship to age, sex, social network and frequency depending on severity.

Material and method: The sample consisted of 90 older adults, which is obtained from the Enumeration of the 199 Seniors constituting the Comprehensive Center Senior Reque (CIAM) to 2012, which were distributed in 12 sectors. Subsequently, we applied the test Yesavage (shorter version), after authorization by informed consent, to end with the filling of a record of data collection.

Results: Regarding the prevalence of depressive disorder in older adults that make up the Comprehensive Center Senior District Reque was obtained 28.9% with bipolar disorder (14.4% male and 14.4% female). Concerning the prevalence by age, we found that the disorder is present at all ages (65-88 years) also identified that older adults with established depression (3.3%) did not have a social network established, that is to say living alone .

Conclusion: The prevalence of depressive disorder in older adults that make up the Comprehensive Center Senior District Reque was 28.9%.

Keywords: depression, elderly, test yesavage

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad y sobretodo en el medio donde vivimos, tenemos presente a la depresión en el adulto mayor como un problema común y propio de la edad, al cual muchas veces no le brindamos la atención necesaria, para lo cual debemos tener en cuenta que de por sí, la vejez no produce ni es causa de depresión; entonces partiendo de esa premisa, debemos objetivar el porqué de este trastorno en dicho grupo etario, tomando como punto de partida, el conocimiento de la prevalencia de este trastorno en los adultos mayores.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en la población geriátrica y, a la vez, una de las que más afectan el entorno del paciente, asimismo, puede predisponer o condicionar la evolución de muchas enfermedades crónicas y de procesos de rehabilitación, pudiendo causar deterioro funcional, mental y social, afectando la calidad de vida y elevando el riesgo de mortalidad no solo por el posible incremento de suicidios, los cuales para la fecha han tomado nuevas víctimas, sino por la enfermedad somática y la disminución de defensas con alteraciones inmunitarias, lo cual se ve reflejado en el aumento de patologías, sobretodo de tipo infecciosas.

Actualmente se evidencia el incremento poblacional respecto a los adultos mayores a predominio de los países subdesarrollados, asimismo, conforme este aumento mundial en la población adulta mayor, se predice también el aumento de trastornos depresivos con el consiguiente coste social y humano, llevando este trastorno a ocupar uno de los primeros lugares de morbimortalidad a nivel mundial.

Las investigaciones acerca de trastornos depresivos en pacientes geriátricos en nuestro medio, han sido pocas, y la mayoría de éstas trató con pacientes asegurados, dejando así de lado un gran número de pacientes, los cuales no reciben atención médica periódica, ni son evaluados por especialistas, en los cuales se desconoce muchos problemas de salud, entre ellos, los trastornos depresivos.

En nuestra ciudad, Chiclayo, la cobertura de atención al adulto mayor en su respectiva especialidad, Geriátrica, es muy escasa, ya que sólo existe un Hospital que brinde dicha atención, la cual trata en su gran mayoría problemas de causa infecciosa u complicaciones agudas de enfermedades crónicas, no poniendo énfasis en el problema depresivo que éstos pacientes puedan tener. Cabe resaltar que un gran número de pacientes adultos mayores, al no contar con seguro médico, no reciben una adecuada atención, la cual debe ser integral, valorando diversos aspectos en la vida diaria de éste, tanto en el ámbito económico, social, laboral, familiar y personal, ya que por su misma condición de adulto mayor, se encuentran más propensos a repercusiones en su estado de salud, siendo de una forma u otra el inicio para trastornos posteriores.

En la población Recana, el panorama es similar, el aumento en la población adulta mayor es inminente en los últimos años, el déficit de atención a este grupo etario está presente en la mayoría de pobladores, y la falta de programas de atención al adulto mayor dificulta el diagnóstico y abordaje precoz de múltiples patologías, entre ellas, la depresión geriátrica.

Formulación del problema:

- ¿Cuál es la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque. Chiclayo – Perú. Julio – Diciembre 2012?

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General:

- Estimar la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque. Chiclayo – Perú. Julio – Diciembre 2012.

Objetivos específicos:

- Estimar la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque, según sexo, edad y red social. Chiclayo – Perú. Julio Diciembre 2012
- Estimar la frecuencia de los diferentes niveles de gravedad del trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque. Chiclayo – Perú. Julio – Diciembre 2012.

Justificación de la Investigación:

La presente investigación busca estimar la prevalencia de depresión en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque, ya que aún no existe una investigación que consignen estos datos, que serían de vital importancia para conocer la prevalencia de dicho trastorno, y así mediante políticas locales y/o regionales, establecer medidas preventivas que ayuden al diagnóstico precoz, disminuyendo costos económicos y sociales, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Los datos obtenidos, serán

entregados a la Municipalidad de Reque, la cual tendrá pleno conocimiento de la magnitud del problema, y acorde a lo obtenido, buscará dar solución a esta realidad mediante la creación de estrategias que puedan beneficiar al poblador Recano.

Antecedentes:

Pando M, Aranda C, Alfaro N, Mendoza P, 2001, mediante un estudio descriptivo transversal se buscó determinar la prevalencia de depresión de adultos mayores de población urbana en la ciudad de Guadalajara. La muestra fue de 246 personas distribuidas en 49 manzanas elegidas al azar. Se utilizó el cuestionario de Yesavage versión de 30 ítems, y como variables: sexo, edad, estado civil, ocupación. La prevalencia encontrada fue de 36.2 % (43.1% mujeres y 27.3% hombres). Aparecieron como factor de riesgo la actividad (OR 4,21 a los desempleados, el estado civil (OR 3,16 los viudos/as y 2,32 los solteros/as) y la edad (OR 2,90 para el rango de 80 a 84 años). (1)

Balmón C, Dorado J, 2004, mediante un estudio transversal descriptivo se buscó identificar la prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. La muestra fue de 262 pacientes geriátricos mayores de 64 años del Centro de Salud Levante Sur, Córdoba, que acudieron a consulta médica durante un trimestre, independientemente del motivo de la misma. Se utilizó en una primera fase el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein en la consulta, y aquellos que obtuvieron una puntuación <15 se les facilitó, para su autoadministración en casa, un cuestionario con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage de 15 ítems, el CAGE para despistaje de alcoholismo y una encuesta de variables sociodemográficas y de salud. Se

formaron dos grupos: el primero de 185 pacientes cuya puntuación en el Yesavage ha sido <6 , presuntamente no deprimidos; y el segundo de 60 pacientes presuntamente deprimidos cuya puntuación en el Yesavage fue > 5 . Se excluyeron a pacientes con déficit cognitivo. La prevalencia encontrada fue de 24.49% y un OR 1.6 mujeres/hombres, siendo el 39,42% en mujeres y 15,21% en hombres. De ellos, 14 pacientes ya habían sido diagnosticados de síndrome depresivo y seguían tratamiento psicofarmacológico, lo que indicaría que los nuevos casos depresivos que habrían pasado inadvertidos serían 46, lo que supone el 18,78% de los pacientes examinados. (2)

Acosta C, García R, 2007, mediante un estudio no experimental, seccional y explicativo se buscó identificar la depresión y ansiedad en pacientes jubilados y pensionistas de la ciudad de Novojoa, Sonora (México). Se utilizó el test de Yesavage para depresión y el inventario de ansiedad de Beck. La muestra fue de 82 participantes, con un promedio de edad de 67.8 años, siendo el 45% hombres y el 55% mujeres, 9% solteros, 30% viudos o divorciados y 61% casados. Teniendo como resultados: 42% presentaron depresión y el 58% no. Además mediante el análisis chi cuadrado, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y estado civil de los participantes, en comparación con los indicadores de depresión ($p > 0.05$). (3)

Rocha de Siqueira G, Tenório de Vasconcelos D, Coelho G, Calado de Arruda I, Silva da Costa J, Oliveira R, 2007, mediante un estudio descriptivo se buscó identificar la sintomatología depresiva y sus características en la población de Cristo Redentor. La muestra fue de 55 personas de 60 años a más (31 hombres y 24 mujeres) correspondiendo al 45% del total de moradores de

Cristo Abrigo Redentor. La prevalencia de depresión encontrada fue de 51%, y el 49% restante no depresivo. En relación al género, se observó mayor prevalencia respecto al masculino 64.3%, mientras que el femenino 35.5%. (4)

Formulación de hipótesis:

- La hipótesis de la presente investigación es implícita.

Marco teórico:

“La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total. En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores.” (5) El envejecimiento no puede ser considerado sólo desde el punto de vista cronológico, con su carácter puramente biológico y de trastornos funcionales, sino que, a la vez, tiene un sentido social, es decir, se construye socialmente y está referido a las conductas y actitudes adecuadas para una determinada edad cronológica. (6) Es un hecho que actualmente la gente vive más, lo cual se documenta en los estudios demográficos, produciéndose una tendencia progresiva y exponencial al aumento cuantitativo y en mayor proporción de este sector. (7) Aunque el envejecimiento es un fenómeno universal, hay diferencias importantes entre continentes y entre países, que se originan en las diferencias de sus componentes demográficos (mortalidad, fecundidad y migración), que evolucionan de manera desigual en cuanto a la intensidad de los cambios, su sentido, persistencia y condiciones iniciales. (8)

En el Perú, “según el censo/estimaciones de 1970, la población adulta mayor del Perú constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzó el 6.34%; por tanto, en 23 años la población de adultos mayores creció en menos de 1%.” El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década, ya que se calcula que hacia fines del 2025, será de 13.27%.(9)

En el 2010, mediante un estudio se estableció que “en el grupo de envejecimiento incipiente figuran Loreto y Huancavelica; moderadamente incipiente se ubican Huánuco, Ucayali, Madre de Dios, Amazonas, Pasco y San Martín; en el grupo de envejecimiento moderado se agrupan Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Piura, Junín y Tumbes; en el grupo de envejecimiento moderadamente avanzado se encuentran Ancash, Puno, La Libertad, Lambayeque, Ica y Tacna; y en el grupo de envejecimiento avanzado se ubica Lima, Arequipa y Moquegua”. (10) Según el documento “Situación Actual de las Personas Adultas Mayores” (2002), del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), la salud, constituye uno de los principales problemas de la población adulta mayor, ya que del total de la población adulta mayor, el 47% no cuenta con ningún tipo de seguro médico. La situación es más crítica para los residentes en el área rural, donde el porcentaje de población sin cobertura médica alcanza al 90.3%. La cobertura médica asistencial es menor para las mujeres (52%) que para los hombres (42%). Los programas de atención al adulto mayor han estado orientados básicamente a la curación de patologías ya declaradas y, en menor medida, a intervenciones preventivas. Además, las dependencias del Ministerio de Salud y de EsSalud no cuentan con la cantidad suficiente de profesionales especializados y capacitados en la atención de la persona adulta mayor. Al respecto, cabe

señalar que actualmente a nivel nacional sólo se cuenta con 70 médicos geriatras. (11)

“En el Perú, la población lambayecana estimada para el 30 de junio del 2015 es de 1'260.650 habitantes, de los cuales 612.304 pertenecen al sexo masculino y 648.316 al sexo femenino. En Chiclayo, se estima 857.405 habitantes, de los cuales 412.524 pertenecen al sexo masculino y 444.381 al sexo femenino. Para el distrito de Reque, se tienen las siguientes cifras: 14.942 habitantes, de los cuales 7.139 pertenecen al sexo masculino y 7.803 al sexo femenino. (12), Respecto a la población de 65 años a más del distrito de Reque: 927 adultos mayores, perteneciendo 454 al sexo masculino, y 473 al sexo femenino”. (13)

El trastorno depresivo en el adulto mayor involucra procesos patológicos que desencadenan diversos eventos que causan un impacto directo sobre su calidad de vida, para lo cual debemos de tener presente que la depresión es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.(14)

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto. (15) Los adultos mayores se quejan con mayor frecuencia de síntomas físicos, y es menos común, observar sentimientos de culpa y disminución del deseo sexual. (16) El trastorno depresivo en la edad senil constituye un importante problema de salud mental, dado que es la alteración psiquiátrica más prevalente en este grupo etario, y por su gravedad, conlleva un elevado riesgo de suicidio, y por las dificultades que puede ofrecer para su correcta identificación. (17), en sí, es

una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar, la forma en que una persona come y duerme, cómo se valora a sí mismo y la forma en que se piensa. (18) No existe una única causa conocida de la depresión. Más bien, parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. (14) Tres parámetros, se constituyen en factores de riesgo para la depresión: la severidad de la enfermedad física, el dolor y el grado de discapacidad funcional. (17) Es importante destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas en relación a la depresión de inicio temprano con la de inicio tardío, cuyo primer episodio depresivo ocurre después de los 60 años. En la depresión de inicio tardío, existe menor frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos, alteraciones de la personalidad y mayor presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes), que motivarían el diagnóstico de depresión psicótica. (19)

La identificación de la depresión en el anciano parece ser más difícil que en pacientes más jóvenes porque con el avance de la edad los síntomas son menos característicos de un episodio depresivo. El diagnóstico sigue siendo fundamentalmente clínico y se basa en la anamnesis y en la exploración del paciente para identificar los síntomas depresivos. Los trastornos somáticos que con mayor frecuencia forman parte del espectro depresivo son las alteraciones del sueño y del apetito. Entre las quejas somáticas inespecíficas la astenia es el síntoma más frecuente, seguido de la cefalea, otras algias, palpitaciones, mareos y molestias digestivas. Dentro de los trastornos de la psicomotilidad, la agitación es más común y más severa en la depresión geriátrica, que se manifiesta como inquietud o como hiperactividad sin propósito. La irritabilidad suele ser frecuente. El curso del pensamiento es lento, las ideas no fluyen, el

enfermo no encuentra la palabra adecuada, la capacidad de concentración está disminuida, le cuesta mantener una conversación, la rememoración es pobre e imprecisa, y los contenidos son escasos y centrados habitualmente en las temáticas de fracaso, pesimismo y desesperación. (17) La historia clínica deberá recoger los antecedentes de enfermedad depresiva que haya tenido el anciano o sus familiares de primer grado. (18) El suicidio en el anciano depresivo aumenta en frecuencia respecto a otras etapas de la vida. La proporción de suicidios consumados es mucho mayor frente a los intentos. (20) “La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS, o escala de depresión geriátrica EDG) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. La EDG reúne los elementos del instrumento ideal: es autoadministrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores”. (21) “La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado

respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido; el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada; su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems. Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte: normal 0-5 puntos, depresión leve 6-9 puntos y depresión establecida 10-15 puntos. Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el manejo general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión. La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80 y el 90 % y una especificidad algo menor, entre el 70 y el 80 %, para el punto de corte ≥ 6 ; puntos de corte más altos (≥ 10), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad (92 % y 72 %, respectivamente). En los estudios realizados en España, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte ≥ 5 . El

aumento del punto de corte produjo, en estos estudios, un pequeño aumento de la especificidad con una pérdida notoria de sensibilidad". (22)

Los objetivos del tratamiento consisten en la reducción de los síntomas depresivos, evitar la idea suicida, de las recaídas o de las recurrencias, mejorar el estado cognitivo y funcional y ayudar a los pacientes a que desarrollen las habilidades necesarias para lidiar con su incapacidad o adversidad psicosocial, si fuera necesario. Los antidepresivos, la psicoterapia o ambas son necesarios y su combinación es la opción terapéutica preferida para su manejo; sin embargo, la farmacoterapia o la psicoterapia como únicas medidas son alternativas aceptables si la depresión es leve. La terapia electroconvulsiva es una opción si el paciente no responde al tratamiento farmacológico. (23) La guía de NICE no recomienda el empleo de fármacos en depresión leve por presentar un bajo riesgo-beneficio y recomienda considerarlos tras fracaso de otras estrategias terapéuticas, si hay problemas psicológicos o médicos asociados o historia previa de depresión moderada o grave. En la depresión grave NICE recoge datos firmes respecto a la tasa de respuesta de ISRS frente al placebo, aunque débiles respecto a tasas de remisión. (21) Respecto al empleo de los compuestos tricíclicos en la población de avanzada edad, varios ensayos controlados con placebo corroboran su superioridad, sin embargo, este grupo farmacológico es responsable de causar efectos secundarios potencialmente peligrosos en los pacientes ancianos. A pesar de la utilidad y comodidad de manejo de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina en el tratamiento de primera línea de la depresión senil un porcentaje importante de pacientes no responde adecuadamente a estos fármacos. En esta situación es aconsejable la utilización de los compuestos de

acción dual (actividad serotoninérgica y noradrenérgica). (17) El riesgo de recurrencia en depresión mayor es alto y así, la mitad de los pacientes tienen un nuevo episodio después de sufrir el primero, el 70% después de dos y hasta el 90% después de tres. Otros tratamientos son la terapia electroconvulsiva y terapia cognitiva conductual. (21)

A manera de conclusión tenemos que la enfermedad depresiva en la edad senil constituye un importante problema de salud mental por su mayor gravedad, elevado riesgo de suicidio y las dificultades que se puede tener para su correcta identificación, además de tener etiología multifactorial similar al que se presenta en otros grupos de edad desempeñando un papel relevante los cambios normales en el sistema nervioso central asociados al envejecimiento. El anciano deprimido presenta un alto riesgo de suicidio, que es cuatro veces mayor al observado en pacientes deprimidos de menor edad. (17)

Definiciones conceptuales:

- Trastorno depresivo: Trastorno caracterizado por alteración del estado de ánimo, falta de energía y/o pérdida de interés, que afecta la vida normal de las personas.
- Test de Yesavage versión corta: Test especialmente diseñado, con validez y confiabilidad aceptada, que consta de 15 ítems, los cuales son utilizados para evaluar el estado depresivo de los adultos mayores.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño metodológico:

Descriptivo. Transversal. Prospectivo

Población y muestra:

Población: Constituida por la población de 65 años a más registrado en el último Censo Nacional 2007: XI de población y VI de vivienda, según el cual existen 927 personas de 65 años a más, de los cuales 454 son varones, y 473 son mujeres.

Muestra: Se obtuvo mediante muestreo por proporciones usando el programa EPIDAD 3.1 a partir del Empadronamiento de los 199 Adultos Mayores que constituyen el Centro Integral del Adulto Mayor de Reque (CIAM) al año 2012. Dicho documento fue facilitado por el Área de Estadística y Proyección Social de la Municipalidad Distrital de Reque.

- Tamaño poblacional: 199
- Proporción esperada: 36.000%
- Nivel de confianza: 95.0%
- Efecto de diseño: 1.5
- Tamaño de muestra: 90

Posteriormente, se utilizó la función “aleatoria” del Microsoft Excel versión 2010, en la cual se obtuvo 90 números al azar (representativo de la muestra y acorde la numeración de los adultos mayores en dicho documento); y teniendo en cuenta la tasa de no respuesta, se planteó lo siguiente:

Que los números elegidos que involucren a participantes que no cumplan con los criterios de inclusión de la investigación (tener 65 años a más, ser residente del distrito de Reque en un periodo no menor a 3 meses y admitir su voluntad para participar en el estudio), además de aquellos números que se repiten más de una vez, se procedió a elegir al participante que tenga el número siguiente, siempre y cuando también cumpla con los criterios antes mencionados, caso contrario se escogió el número que le sigue, hasta que se cumplan los criterios, para así, no alterar el muestreo obtenido.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Tener 65 años a más.
- Ser residente del distrito de Reque en un periodo no menor a 3 meses.
- Admitir su voluntad para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Tener alteraciones cognitivas.
- Tener alteraciones auditivas y del habla.
- Persona seleccionada que al momento de la aplicación del instrumento no se encontrase en la vivienda

Técnica de recolección de datos:

La recolección de datos se estableció de la siguiente manera: en primer lugar tras obtener la muestra, se elaboró una tabla con todos los 90 adultos mayores elegidos (acorde su numeración en el Empadronamiento de los Adultos

Mayores que constituyen el Centro Integral del Adulto Mayor de Reque (CIAM) al año 2012), incluyendo los siguientes datos: nombres y apellidos, numeración correspondiente al Empadronamiento, los posibles números remplazables, y edad; todos estos datos a fin de evaluar rápidamente quienes cumplen o no con los criterios de inclusión antes mencionados, para así evaluar a su posible reemplazo. Tras la elaboración de dicha tabla, se pasó a visitar uno por uno a los adultos mayores seleccionados, previamente se les clasificó acorde el sector donde viven (La Esperanza, Montegrande, Villa el Sol, Delicias, 28 de Julio, Nuevo Reque, El Centro, Diego Ferré, Repertor, La Clake, Puerto Arturo, Casuarinas). Posteriormente, al ir de casa en casa, se explicó a cada adulto mayor seleccionado, de qué trataba la investigación, se dio a conocer el problema actual que ésta constituye, además de los riesgos y beneficios que traía consigo su participación; luego se pasó a pedir su autorización para participar en el estudio mediante un asentimiento informado (ANEXO 1), cabe resaltar que los 90 participantes encuestados aceptaron personalmente su participación, la cual quedó constatada plasmando cada uno su huella digital. En la aplicación del test de Depresión Geriátrica de Yesavage, versión corta (ANEXO 2) hubieron adultos mayores que prefirieron llenarlo solo, preguntando al encuestador cada vez que no comprendían un ítem, mientras que a otros se les leyó cada ítem y daban sus respuestas. Luego, se pidió a cada uno algunos datos establecidos en la ficha de recolección de datos (ANEXO 3) del investigador (tiempo de residencia y si vive con más personas, si es así, con cuantas y qué grado de parentesco guardan con el entrevistado). Al finalizar la aplicación del test, se agradeció la misma y se recalcó nuevamente la confidencialidad de los datos proporcionados.

Para evaluar la presencia de depresión entre los adultos mayores, el investigador utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS, o escala de depresión geriátrica EDG) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage reúne los elementos del instrumento ideal: es autoadministrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores. (21) Su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. Para la versión de 15 ítems: normal 0-5 puntos, depresión leve 6-9 puntos y depresión establecida 10-15 puntos. (22)

La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ha sido validada (validez concurrente) con dos criterios independientes de depresión, la Escala de Depresión de Zung Self-Rating y la Escala de Hamilton – Rating versión autoinforme, en estos estudios las correlaciones entre el criterio de clasificación «no depresión», «depresión moderada» y «depresión severa» fueron de: $r=0,82$, $r=0,69$ y $r=0,83$ respectivamente, todos estadísticamente significativos ($p<0,001$). Aunque la versión original de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se ha sido traducida y adaptada a 12 idiomas, el primer trabajo publicado en España fue de Perlado (1987); su validez y confiabilidad, en su adaptación castellana, han sido confirmadas en un estudio con población mexicana y existen otros antecedentes de la aplicación de la misma a poblaciones de origen mexicano. (3) Su relación con otros instrumentos como

Escala Depresión de Hamilton es de 0.62 a 0.82, su relación con el Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale es de 0.82, con el Beck Depression Inventory es de 0.85 y con el Zung, la correlación de Pearson es de 0.82. La consistencia interna de la escala también es elevada con un alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.99. La sensibilidad de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos.

Técnicas para el procesamiento de la información:

El procesamiento y análisis estadístico de los datos, estuvo precedido por un análisis univariado, en el cual se buscó estimar puntualmente los parámetros poblacionales a partir de la muestra recolectada, mediante las medidas de tendencia central, las cuales son: media, mediana y moda. Posteriormente se construyó una tabla estadística de una entrada para identificar el comportamiento probabilístico del nivel de gravedad del trastorno depresivo, también se utilizó tablas estadísticas de doble entrada cruzando la presencia o ausencia de trastorno depresivo según la edad, el sexo y red social para analizar la relación entre dichas variables, finalmente se estimó puntualmente y mediante un intervalo de confianza, la proporción poblacional o prevalencia de adultos con trastorno depresivos , de forma general y en relación al sexo, edad y red social.

Aspectos éticos

Durante la investigación, se respetó los principios fundamentales de:

- Respeto a las personas: La información será confidencial, anónima y en ningún caso se pondrán nombres o formas de identificación personal.
- Justicia: Se aplicará mediante la utilización de los resultados en beneficio de la población objetivo del estudio que deben redundar en esfuerzos y mejoras a nivel de la salud pública.
- Beneficencia: Los resultados del estudio serán proporcionados a la Municipalidad de Reque, para el conocimiento de las autoridades competentes, las cuales deberán velar por cumplir el propósito de esta investigación, el cual es beneficiar a los adultos mayores Recanos, garantizándoles una mejor la calidad de vida.

III. RESULTADOS

3.1 Características generales de los adultos mayores:

En la **tabla 1**, correspondiente a las características generales de la población estudiada, se obtuvo que 49 (54.4%) adultos mayores encuestados fueron del sexo femenino, y 41 (45.6) del sexo masculino. Respecto a la edad, se obtuvo una media de 72 años.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN SEXO Y EDAD. REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012

		SEXO				
		Femenino		Masculino		
		N	%	N	%	
EDAD	65 – 69	19	20.9%	5	5.5%	
	70 – 74	18	19.9%	19	21.1%	
	75 – 79	7	7.7%	12	13.2%	
	PROMEDIO	80 – 84	5	5.5%	4	4.4%
	70 AÑOS	85 - 89	0	0%	1	1.1%
Total		49	54.44%	41	45.6%	

3.2 Características de los adultos mayores según red social:

En la **tabla 2**, correspondiente a las características generales de la población estudiada, en lo que respecta la red social de los adultos mayores se obtuvo que el 8.9% vivían solos y el 91.1% vivían con al menos una persona.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN RED SOCIAL. REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012.

Número de personas con las que vive	Total	
	N	%
0	8	8.9%
1	19	21.1%
2	38	42.2%
3	12	13.3%
4	9	10.0%
5	3	3.3%
6	1	1.1%
Total	90	100.0%

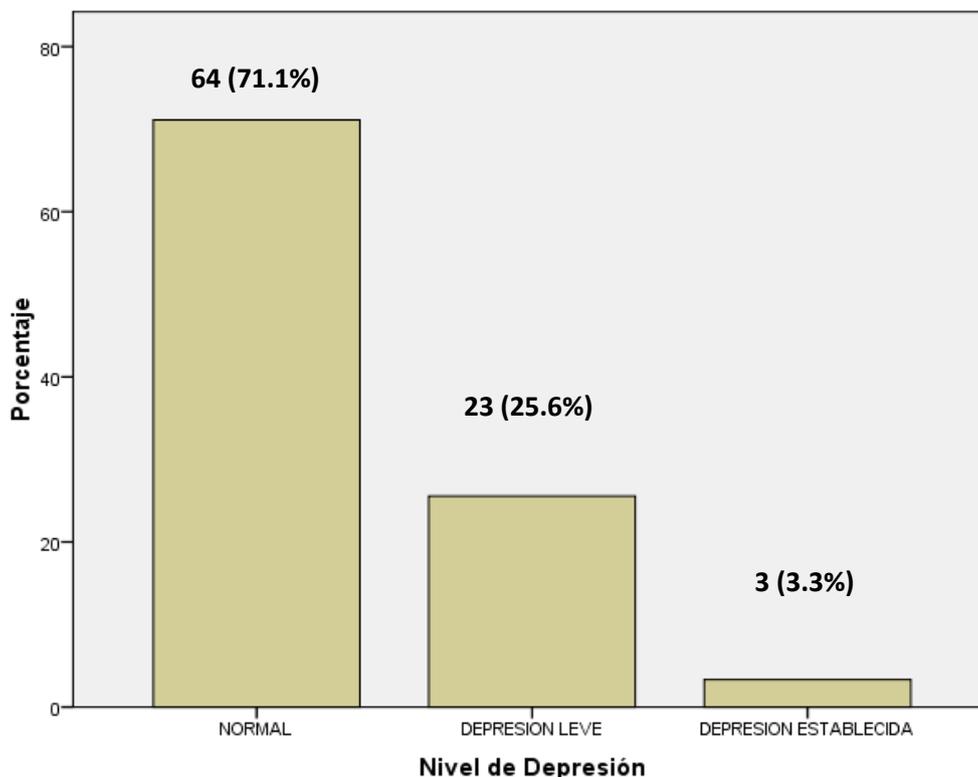
3.3 Prevalencia de trastorno depresivo de los adultos mayores:

En la **tabla 3**, correspondiente al porcentaje de depresión en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor de Reque, se obtuvo que 26 (28.9%) presentaron depresión, ya sea leve o establecida.

TABLA 3. PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012

Nivel de Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Total
NORMAL	64	71.1%	71.1%
DEPRESION LEVE	23	25.6%	28.9%
DEPRESION ESTABLECIDA	3	3.3%	
Total	90	100.0%	100.0%

GRÁFICO 1. PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012



3.4 Prevalencia de trastorno depresivo de los adultos mayores según sexo:

En la **tabla 4**, correspondiente al porcentaje de depresión en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor de Reque según sexo, se obtuvo que 12 (13.3%) mujeres tuvieron depresión leve y 1 (1.1%) depresión establecida, en comparación con los hombres, tenemos que 11 (12.2%) tuvieron depresión leve y 2 (2.2%) depresión establecida.

TABLA 4. PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012, SEGÚN SEXO.

SEXO	NIVEL DE DEPRESIÓN				Total	
	DEPRESION LEVE		DEPRESION ESTABLECIDA		N	%
	N	%	N	%		
Femenino	12	13.3%	1	1.1%	49	14.4%
Masculino	11	12.2%	2	2.2%	41	14.4%
Total	23	25.6%	3	3.3%	26	28.9%

Prueba Chi Cuadrado: $\chi^2 = 0.38$ $p = 0.5$

3.5 Prevalencia de trastorno depresivo de los adultos mayores según edad:

En la **tabla 5**, correspondiente al porcentaje de depresión en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor de Reque según edad, se obtuvo el trastorno depresivo estuvo presente en todas las edades (65 – 88 años).

TABLA 5. PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012, SEGÚN EDAD.

		EDAD					TOTAL
		65-69	70-74	75-79	80-84	85-88	
NIVEL DE DEPRESION	NORMAL	18 19.9%	29 32.3%	13 14.3%	4 4.4%	0 .0%	64 71.1%
	DEPRESION LEVE	5 5.5%	8 8.8%	4 4.4%	5 5.5%	1 1.1%	23 25.3%
	DEPRESION ESTABLECIDA	1 1.1%	0 .0%	2 2.2%	0 .0%	0 .0%	3 3.3%

3.6 Prevalencia de trastorno depresivo de los adultos mayores según red social:

En la **tabla 6**, correspondiente al porcentaje de depresión en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor de Reque según red social, se obtuvo que los 3 (3.3%) adultos mayores que presentaron depresión establecida no tienen una red social establecida, es decir vivían solos, mientras que aquellos con una red social establecida (conformada por 6 personas), no presentaron depresión.

TABLA 6. PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012, SEGÚN RED SOCIAL.

	NORMAL	DEPRESION LEVE	DEPRESION ESTABLECIDA	Total
0	1 1.1%	4 4.4%	3 3.3%	8 8.9%
1	11 12.2%	8 8.9%	0 .0%	19 21.1%
2	32 35.6%	6 6.7%	0 .0%	38 42.2%
3	8 8.9%	4 4.4%	0 .0%	12 13.3%
4	8 8.9%	1 1.1%	0 .0%	9 10.0%
5	3 3.3%	0 .0%	0 .0%	3 3.3%
6	1 1.1%	0 .0%	0 .0%	1 1.1%
Total	71.1%	25.6%	3.3%	100.0%

Prueba Chi Cuadrado: $\chi^2 = 0.38$ $p = 0.5$

IV. DISCUSIÓN

En el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar (9); para el distrito de Reque, respecto a la población de 65 años a más: 927 adultos mayores, perteneciendo 454 al sexo masculino, y 473 al sexo femenino". (13). El trastorno depresivo en el adulto mayor involucra procesos patológicos que desencadenan diversos eventos que causan un impacto directo sobre la calidad de vida y estado de ánimo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte (14). Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto. (15). Los estudios de prevalencia de trastorno depresivo en adultos mayores han sido escasos en nuestro medio, los pocos estudios siempre han estado sujetos a poblaciones que contaban con algún tipo de seguro médico, descuidando así a la población que no cuenta con dicho beneficio, el cual se podría considerar como uno de los aspectos más relevantes para no detectar esta enfermedad a tiempo. Así mismo, ésta investigación se puede comparar con la realizada por Pando M, Aranda C, Alfaro N, Mendoza P, 2001, la cual buscó determinar la prevalencia de depresión de adultos mayores de población urbana en la ciudad de Guadalajara, encontrándose que el 36.2% de su población adulta mayor tenía trastorno depresivo, cuyos factores de riesgo asociados fueron el ser solteros y viudos, es decir, no tenían una red social bien establecida, dato que concuerda con los resultados de ésta investigación,

en la cual se obtuvo que los 3 adultos mayores con trastorno depresivo establecido vivían solos.

Respecto a la investigación de Balmón C, Dorado J, 2004, se manejó un grupo poblacional de adultos mayores que contaban con un seguro médico, es decir, se atendían en un centro de salud de atención primaria. En dicho grupo, se obtuvo que el 24.49% de adultos mayores presentaba trastorno depresivo. Cabe resaltar a que a diferencia de ésta investigación, en la cual se identificó el trastorno depresivo recién al momento de aplicar el Test de depresión geriátrica (Yesavage, versión corta), 14 adultos mayores ya tenían el diagnóstico de depresión, e incluso llevaban terapia con psicofármacos; lo cual nos hace confirmar que el tener un seguro médico puede, en algunos casos, detectar precozmente dicho padecimiento, con lo cual se podría instaurar un mejor y más oportuno manejo médico, evitando así las complicaciones

El trastorno depresivo encontrado en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque fue tanto en el sexo masculino como femenino de 14.4%, es decir, no hubo diferencia en cuanto a sexo. Respecto a la investigación de Acosta C, García R, 2007, se identificó que el trastorno depresivo estuvo presente en el 42% de adultos mayores (grupo poblacional: jubilados y pensionistas), de ésta premisa se puede deducir dos aspectos: el primero, en el cual se observa mayor prevalencia de depresión, en comparación con las tasas de prevalencia de los otros estudios anteriormente citados, en aquellos pacientes que ya no poseen un cierto grado de actividad ya sea física, mental y/o social (jubilados y pensionistas), y segundo, que al igual que ésta investigación, no se evidenció diferencia

significativa en cuanto a la prevalencia de trastorno depresivo en relación al género.

Este estudio nos proporciona evidencia de que el trastorno depresivo es una enfermedad presente en gran parte de la población adulta mayor del distrito Reque, en este caso, circunscrita a formar parte del Centro Integral del Adulto Mayor; y que diversos aspectos cotidianos están íntimamente ligados a su aparición. Se puede deducir que aquellos adultos mayores, involucrados en la investigación, que no poseen una red social establecida, es decir viven solos, está más propensos a sufrir dicho trastorno del ánimo; así mismo, nos muestra que no existe diferencia en su aparición acorde a género, datos que pueden verse reflejados en el resto de la población adulta mayor del distrito. Así mismo, se sugiere realizar futuras investigaciones acerca de éste y otros trastornos del ánimos dentro de la población adulta mayor, que involucren a mayor población del distrito de Reque, ya que la edad no es sinónimo de enfermedad mental, y así mediante la identificación de dichos trastornos, poder brindar una atención adecuada que tengo como objetivo central, mejorar la calidad de vida de éste grupo etario.

V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor de Reque, Chiclayo – Perú, Julio - Diciembre 2012, fue de 28.9%, no existiendo diferencia estadísticamente significativa según sexo.
2. Los adultos mayores que pertenecían al Centro Integral del Adulto Mayor que participaron en la investigación tenían edades desde los 65 hasta los 88 años, identificándose el trastorno depresivo en todas las edades mencionadas.
3. Respecto a la red social, se identificó que el 8.9% de adultos mayores que conformaban el Centro Integral del Adulto mayor vivían solos y el 91.1% vivían con al menos una persona; a su vez se estableció que los únicos que presentaron depresión establecida (3.3%) se encontraban dentro de éste último grupo.

VI. RECOMENDACIONES

Recomendar a docentes y estudiantes de Ciencias de la Salud a investigar más a fondo éste, u otros trastornos que involucran a los adultos mayores, ya que en nuestro medio la cobertura de salud, y por ende los medios necesarios y útiles para la identificación de problemas de salud son escasos, o no llegan a cubrir todas las necesidades básicas que requieren este tipo de pacientes.

Otra recomendación sería insistir con las autoridades del Distrito de Reque en la implementación de Programas de Apoyo Social para los adultos mayores de la comunidad Recana, para así mediante actividades programadas y supervisadas incentivar su participación activa, y de esa forma ayudar a que éste grupo poblacional se sienta más integrado y protegido, lo cual mejoraría su estado anímico, aspecto importante dentro del impacto del trastorno depresivo en la vida de cada uno de ellos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pando M, Aranda C, Alfaro N, Mendoza P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Revista Española Geriátrica Gerontología, [online] España, 2001; [citado 2012 Jun 01]; 36(3):140-144. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2010304>
2. Balmón C, Dorado J. Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría; [revista en la Internet] España, 2004; [citado 2012 Jun 01]; (90): 9-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200002&lng=es.
3. Acosta C, García R. Ansiedad y depresión en adultos mayores. Psicología y salud, [internet] México, 2007 [citado 01 Junio 2012]; julio-diciembre, año/vol. 17, número 002, pp 291-300. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117214.pdf>
4. Rocha de Siqueira G, Tenório de Vasconcelos D, Coelho G, Calado de Arruda I, Silva da Costa J, Oliveira R. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor a través da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Ciência saúde coletiva, [serial on the Internet], Brazil, 2009 Feb [cited 2012 June 01]; 14(1): 253-259. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100031&lng=en.
5. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad Medicina Universidad Mayor de

- San Marcos, [online], Perú sep. 2007, [citado 01 Junio 2012], vol.68, no.3 p.284-290. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>
6. Ramos M; Vera Tudela Traverso D; Cárdenas García Santillán M. Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza, [internet] Perú – Lima, Noviembre de 2009, [citado 01 Junio 2012], pp 13 – 14, disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Personas-Adultas-Mayores.pdf>
7. Domingo M. Envejecimiento exitoso. Revista Medicina Clínica Condes [Internet], Chile, 2009; [citado 2012 Jun 01], 20(2) 167 - 174]. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_20_2/04envejecimiento.pdf
8. Del Popolo, F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas en América Latina. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población. [Internet], Santiago de Chile, noviembre de 2001. [citado 2012 Jun 01], pp 07 – 09. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/9259/LCL1640.pdf>
9. Varela L, Chávez H, Herrera A, Méndez F, Gálvez M. Perfil del adulto mayor Perú. Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento [Internet], Perú. 2004, [Citado 2012 Jun 01], pp 07 – 12, disponible en:

- <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/peru-perfil-01.pdf>
10. Patrón P, Moreno C. Envejecimiento con dignidad, por una pensión no contributiva. [Internet]. Perú-Lima, Setiembre de 2010, [Citado 2012 Jun 01], pp 30 – 32. disponible en: [http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/2011/foro_envejecimiento_pnc\[jg\].pdf](http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/2011/foro_envejecimiento_pnc[jg].pdf)
11. Spitzer Chang H. Situación Actual del Adulto Mayor en el País. [Internet], Perú 02 de Junio de 2006, [Citado 2012 Jun 01], pp 05 – 07. Disponible en: <http://www.solar.com.pe/data/estudios/situacion.del.adulto.mayor-spitzer.2006.pdf>
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estimaciones y proyecciones de población por sexo, según departamento, provincia y distrito, 2012 – 2015. [Internet] Perú. [Citado 2012 Jun 01], disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0842/index.htm>
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censo Nacional 2007: XI de población y VI de vivienda [Internet], Perú, [Citado 2012 Jun 16]. Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/RedatamCpv2007.asp?id=ResultadosCensales?ori=C>
14. Nance C. Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriátría, [Internet] México, 2010, [Citado 2012 Jun 01], ISBN 978-607-460-121-3, 2010; pp. 239-248. disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>

15. Baena A, Sandoval M, Urbina C, Helen N, Villaseñor S. Los trastornos del estado de ánimo. Revista Digital Universitaria, [Internet], México, 10 de noviembre 2005, [Citado 2012 Jun 01], Volumen 6 Número 11. ISSN: 1067-6079. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf
16. Campos A, Urruchurtu Y, Solano T, Vergara A, Cogollo Z. Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la escala de Yesavage para depresión geriátrica, [Internet] Colombia, [Citado 2012 Jun 01], Salud Uninorte, año/vol, número 001. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, pp1-9. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/817/81724102.pdf>
17. Ayuso J. La depresión en la tercera edad. Avances en Psiquiatría Biológica, [Internet]. España, 2008 [citado 2012 Jun 02]; 12(10): 26-40. Disponible en: http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol9/4_la_deprecion_en_la_tercera_edad.pdf
18. Gómez A. La depresión en el anciano. Clínica y tratamiento. OFFARM. España, España, 2008 [citado 2012 Jun 02] Volumen 26, número 9 Octubre 2007. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13111062&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v26n09a13111062pdf001.pdf&ty=150&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es
19. Dechent C. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. Revista Hospital Clínica Universitaria, [Internet] Chile 2008; [citado 01 Junio 2012], ; 19:

339 – 46. Disponible en:

http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/depresion_geriatrica.pdf

20. Fernández-Santos C. Depresión en el anciano. Centro de Salud "Palomarejos". España, 2008 [citado 2012 Jun 02] MEDICINA GENERAL 2002; 40: 28-31. Disponible en:

<http://www.medicinageneral.org/enero2002/28-31.pdf>

21. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. España, 2008 [citado 2012 Jun 02], disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf

22. Patiño F, Cardona D. Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia. [revista en la Internet] Colombia, Medellín 2005, [citado 2012 Jun 22], 25(1):82-88, mar. 2007. Ilus. Disponible en:

<http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/043-Depresion.pdf>

23. Alexopoulos GS. Depresión en los pacientes ancianos. Weill Medical Collage of Cornell University; Weill-Cornell Institute of Geriatric Psychiatry, Nueva York, EE.UU. 2005. [Internet]. Lancet 365 (9475):1961-1970. Disponible en:

http://www.intramed.net/UserFiles/Depresion_ancianos.pdf

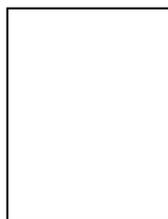


CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuestionario N°:

Fecha:

Sr(a). Entrevistado(a), el presente cuestionario tiene como objetivo evaluar en usted ciertas actitudes que nos orienten a evidenciar la presencia de depresión. La finalidad de esta investigación, es identificar la prevalencia de depresión entre los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque, para que en conjunto con las autoridades locales y/o regionales establecer medidas preventivas que ayuden al diagnóstico precoz, disminuyendo así costos económicos y sociales, y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Por ende, se le pide su consentimiento para participar en dicha investigación, la cual consistirá en llenar el siguiente cuestionario basado en 15 preguntas de opción doble (SI o No), en las cuales deberá marcar 0 ó 1 según sea su respuesta. Ante cualquier duda o inquietud, se le explicará dicha pregunta. Cabe resaltar que los datos obtenidos serán de valor confidencial para el autor de la investigación.



Huella Digital del Participante

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE, VERSIÓN CORTA

	SI	NO
1. ¿Esta básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades y aficiones?	1	0
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen animo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le ocurra algo malo?	1	0
7. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo indefenso?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene mas problemas de memoria que la mayoría de personas de su edad?	1	0
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente bastante inútil tal y como esta ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted?	1	0
TOTAL		

VALORACION:

0 - 5 Normal 6 – 9 Depresión Leve 10 - 15 Depresión Establecida

EL CUESTIONARIO HA CONCLUIDO, SE AGRADECE SU PARTICIPACIÓN.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN ADULTOS MAYORES
QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.
REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012**

I. DATOS GENERALES

CÓDIGO:

1. Edad: años

2. Sexo: M F

3. Tiempo de residencia:

4. Sector donde vive:

II. RED SOCIAL DE APOYO

5. Vive con: Número de personas:

Grado de parentesco:

III. APLICACIÓN DEL TEST (Resultados)

6. Resultado de aplicación de test :

a. Depresión :

SI NO

b. Nivel de depresión:

Normal

Depresión Leve

Depresión Establecida