

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS "MARIANA GRAJALES
COELLO"
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO "MANUEL DIAZ LEGRA"
HOLGUÍN



Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. Consultorio 4,
Policlínico Manuel Díaz Legrá. Julio a diciembre /2018

Autora: Dra. Ana Rosa Márquez González
Residente de Segundo Año de Medicina General Integral

Tutora: Dra. Tatiana Zoila Ochoa Roca
Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral, Profesora
Auxiliar, Investigadora Agregada, Máster en Atención Integral a la Mujer y
en Educación Médica

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO
EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

"Año 61 del triunfo de la Revolución"
2019

Pensamiento:

*“...Todavía tengo casi todos mis dientes,
casi todos mis cabellos y poquísimas canas,
puedo hacer y deshacer el amor
trepar una escalera de dos en dos,
y correr 40 metros detrás de un ómnibus
pero el grave problema es que antes
no me fijaba en esos detalles.”*

Mario Benedetti

Dedicatoria

El presente trabajo va dedicado a mi madre, mi hermana y mi esposo, por su apoyo y comprensión en momentos difíciles y por las noches en vela que les he hecho pasar. Me han enseñado a encarar todas las adversidades, sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento de lograr mis objetivos.

Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Agradecimientos

El proyecto y realización de este trabajo exigió esfuerzos aunados de muchas personas.

A mi Tutora Dra. Tatiana Zoila Ochoa Roca, por darme la oportunidad de enriquecer mi camino hacia la ciencia y por su asesoría en todo lo referente a la metodología y aplicación de los procedimientos estadísticos, sus horas de sueño y el tiempo que le he ocupado.

A los profesores que han acompañado mi etapa de formación continua.

A los vecinos del área perteneciente al consultorio número 4 del Policlínico Manuel Díaz Legra que me ofrecieron su apoyo incondicional para este trabajo y en especial a todos los ancianitos y sus familiares que cooperaron con este estudio.

INDICE

Introducción.....	1
Problema Científico.....	5
Marco Teórico.....	6
Objetivos.....	22
Material y Método.....	23
Discusión y Análisis de los resultados.....	28
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	42
Referencias Bibliográficas.....	43

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la enfermedad depresiva en el adulto mayor pertenecientes al consultorio 4 del Policlínico Manuel Díaz Legrá de Holguín, en el periodo comprendido desde julio a diciembre del 2018. El universo estuvo integrado por 268 adultos mayores de 60 años que pertenecientes al consultorio y la muestra quedó conformada por 243 pacientes de estas edades, a los cuales se les realizó seguimiento en consultas con examen físico e interrogatorio. También se les aplicó el Índice de Katz para medir el validismo y la Escala de Depresión Yesavage, así como una encuesta diseñada al efecto para las variables socio-demográficas, aplicada por la autora en el consultorio o en visita a la casa del paciente. Los resultados más relevantes se encuentran, un ligero predominio de la depresión en el sexo femenino, el grupo de edad más afectado fue de 70 a 79 años, así como en los viudos y divorciados, escolaridad primaria. Las enfermedades crónicas más relacionadas a la depresión fueron, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. La ingestión de bebidas alcohólicas estuvo presente notablemente en los hábitos tóxicos de los pacientes del estudio en alguna medida. La mayor parte de los pacientes estudiados presentó validismo total (calificación A en el índice de Katz). Se recomendó proponer la capacitación a los médicos y enfermeras de la familia para el diagnóstico y abordaje de la depresión en la tercera edad.

Palabras clave: adulto mayor, depresión, envejecimiento

INTRODUCCIÓN

La depresión es la enfermedad psíquica que mayor relevancia ha adquirido en el mundo moderno. Si bien ha existido siempre como padecimiento propio del hombre, en las últimas décadas hay un alarmante aumento de su incidencia que ha sido imputada a la complicación del estilo de vida moderna. La depresión constituye el gran desafío. Desde los inicios históricos hasta los tiempos actuales nos acompaña enfrentándonos a difíciles tareas: desentrañar los mecanismos que subyacen en ella y conocerla etimológicamente para su efectivo tratamiento es el gran dilema.¹

La depresión se conoce desde la antigüedad. Historias del Rey Saúl, en el antiguo testamento la describieron, así como muchos filósofos, médicos dieron su visión de la misma. Se ha llamado con variedad de nombres tanto en la literatura médica como la popular durante miles de años. Los textos ingleses más antiguos hacen referencia a la "melancolía", que fue durante siglos el término genérico para todos los trastornos emocionales. Pero no fue hasta el año 1896 que Emil Kraepelin (psiquiatra), la define como entidad nosológica. La historia del concepto de la enfermedad de los desórdenes del afecto, comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le consideró como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra. Este término hipocrático sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de la teoría de Hipócrates, para emerger posteriormente en los escritos de Celso en latín como la "Atrabilis", específicamente en su obra "De Medicina" (año 30 dc).²

El autor griego Galeno, en sus trabajos llevados a cabo en Roma entre los años 131 al 201 dc, definió finalmente un concepto de melancolía y ofreció una explicación filosófica de tipo humoral.

Samuel Johnson durante toda su vida sostuvo una gran lucha por hacer cambiar el término desorden melancólico por el de depresión, y a él se le debe la popularidad de este término. A partir de este momento se comenzaron a ver desplazados los términos de: "El bazo", "La enfermedad inglesa", "Los vapores" y "La locura melancólica".³

Hacia el final del siglo XIX el término depresión había desplazado virtualmente a la melancolía en la mayoría de las nomenclaturas. La historia de los desórdenes afectivos revela un calidoscopio de opiniones médicas, pero con ciertas constantes unificadoras. "La fórmula de la gran tristeza sin aparente ocasión" y "La mente fija sobre un solo pensamiento" ha sido repetida a menudo desde el siglo V hasta el presente en la literatura médica occidental. La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado.⁴

El envejecimiento de la población se debe, fundamentalmente, a la reducción de los niveles de mortalidad y fecundidad; con el consecuente incremento de la expectativa de vida que genera un desplazamiento hacia los grupos de edades superiores.

Se afirma que, a escala mundial, el siglo XX ha sido el del crecimiento de la población y el siglo XXI será el del envejecimiento de esta, lo cual acarrea consecuencias importantes de orden político, económico, social; y para la salud pública, medicina.

Las perspectivas para la tercera edad en los próximos años será la siguiente: a nivel global, las personas de más de 60 años se incrementaron de 613.6 millones en el año 2000 a 1207.6 millones en el 2025.⁵

El fondo de población de las Naciones Unidas al analizar un promedio de 29 países, señalan que la población general crecería entre los años 1980 y 2025 un 14.74%, en tanto que la población mayor de 60 años lo haría en un 76.91%.

Hacia 1960 el 10% de la población de los países desarrollados tenía más de 60 años, en 1990 el 18% y de acuerdo con las proyecciones del Banco Mundial para el año 2030 esta cifra habrá alcanzado el 30%. Esto no solamente ocurre en los países desarrollados, sino también en Argentina y en la mayoría de los restantes países del mundo, en donde el porcentaje de individuos mayores de sesenta años tenderá a duplicarse en un plazo de 30 a 40 años. Parece que solamente África permanecerá como un continente joven algunas décadas más. ⁶

La población del mundo se ha multiplicado en la última mitad del siglo. En 1950, había dos mil millones y medio de habitantes, se estimaba que 371 millones de personas, 6% de la población total del mundo, tenían más de 65 años. Esta proporción es mucho mayor en Europa- 14%, y Norteamérica- 13 % que en Latinoamérica y Asia- 5% y África- 3%. Mientras que el número de ancianos, hombres y mujeres, es casi igual en África, en Europa y América hay tres ancianas por cada dos ancianos, quizá debido al gran poder político y financiero que tienen las mujeres europeas y americanas. Al tener las mujeres mayor capacidad de autocuidado, la tarea del cuidado de personas mayores se ha reducido por esta diferencia en la tasa de sobrevivencia. La proporción de población de personas mayores de 65 años es predominantemente femenina- 57% y en los países desarrollados este porcentaje aumenta. ⁷

Conscientes de que el envejecimiento de la población cubana es un proceso irreversible, pues los viejos del 2025 ya caminan por el archipiélago, las autoridades sanitarias se preparan para la larga carrera de acoger en sus servicios cada vez un número superior de ancianos, con cuidados para su vida (prolongarla, aumentar su esperanza y su calidad de vida). ⁸

Ubicado como el 4º país más envejecido de América Latina precedida por Uruguay, Argentina y Barbados, Cuba es sin embargo el que lleva un ritmo más acelerado, pues en el 2020 subirá a ser el 1º y en el 2025 ya se habrá duplicado la proporción actual de ancianos y una de cada cuatro personas será mayor de 60 años. ⁹

Al terminar el año 2005 la población de 60 años y más fue de 1761 000; lo que equivale al 14.9 % del total de la población proyectada para ese año.

Las personas mayores de 60 años son un 19,8 % de la población cubana. Este grupo seguirá incrementando su representación de forma exponencial; en los próximos diez años será de un 18 % de la población y en el 2025, uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años. Desde este año habrá en Cuba más personas mayores que niños, pero en el 2025 tendremos en el país 156 mayores por cada 100 niños. Hoy se puede afirmar que 75 de cada 100 cubanos que nacen hoy, van a vivir más allá de los 60 años. ¹⁰

Actualmente la esperanza de vida de las personas que en Cuba cumplen 75 años es de 10.20 años, y los que arriban a 80 años es de 7.6 años para ambos sexos.

Otro indicador que demuestra la magnitud y la rapidez del crecimiento de la longevidad de los cubanos, es el rango de supervivencia de su población: hoy ya más del 75 % de los cubanos sobreviven a los 60 años y en los próximos 10 años lo hará el 87 %. Esto es más de la media europea y mucho más que la supervivencia en América Latina. ¹¹

El comportamiento del envejecimiento en Cuba no es homogéneo. Las provincias occidentales, con excepción de Pinar del Río, y las centrales presentan mayor envejecimiento, en tanto en las orientales este proceso es menor, lo que se encuentra estrechamente relacionado con los niveles de fecundidad y mortalidad de los territorios. Las provincias Villa Clara con 17,1 por ciento de adultos mayores, Ciudad de La Habana con 16,9 y Sancti Spíritus con 15,8 son las más envejecidas, mientras que Guantánamo con 11,1 por ciento es la menos envejecida. ¹²

Holguín es la segunda provincia con mayor número de personas de la tercera edad, y dentro de los municipios del territorio holguinero, reporta un número considerable de adultos mayores precisamente el Policlínico Manuel Díaz Legrá cuenta con una población envejecida que alcanza los 9 570 pacientes (25.12% de la población total del policlinico: 38 091 pacientes) y el consultorio 4 de esta área de salud tiene dispensarizado un total de 268 adultos mayores.

Teniendo en cuenta que el adulto mayor producto a la edad, sufre diversos estados de ánimo que son de una u otra forma influenciados por el medio que los rodea, principalmente el medio familia, que en ocasiones no brinda la mejor atención no dedicación a este grupo de personas, propiciando la aparición de trastornos emocionales y afectivos como el que nos ocupa: la depresión.

El propio concepto de depresión tanto en el plano teórico como en el operativo es algo incierto y cambiante, durante muchos años la depresión fue concebida implícita o explícitamente como una tristeza de carácter morboso, debido a su intensidad, duración o discordancia existencial del sujeto, constituyendo el gran desafío de la psiquiatría.¹³

Por ser el adulto mayor uno de los grupos más vulnerables por los cambios morfológicos y de modos y estilos de vida a los que se enfrenta como parte de esta nueva etapa del desarrollo humano se plantea el siguiente **problema científico** como:

¿Cuál es el comportamiento de la enfermedad depresiva en adultos mayores de de 60 años y más del Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia (CMF) 4 del Policlínico Manuel Díaz Legrá de Holguín en el periodo comprendido desde julio a diciembre del 2018?

MARCO TEÓRICO

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.⁷

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social.⁸

Las definiciones más aceptadas hoy en día son las descritas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia; y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV): Episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único y recidivante, trastorno distímico y trastorno no especificado.

Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV existe otro grupo de trastornos depresivos incluidos en los llamados trastornos adaptativos que pueden presentarse con sintomatología depresiva, bien pura o bien mezclada con alteraciones de ansiedad, de la conducta o de las emociones. ⁹

La depresión y la ansiedad son manifestaciones frecuentes en el anciano, pueden expresarse de manera aislada o acompañando a otras enfermedades más graves; aparecen en ocasiones como reacción secundaria a diversos fármacos y sigue siendo en nuestros días una causa importante de suicidio en este grupo poblacional.

La Depresión, actualmente considerada como un trastorno mental caracterizado por una afectación del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como la tristeza, la desilusión, la frustración, la desesperanza, la indefensión, la inutilidad y la infelicidad, en el que se pierde la satisfacción de vivir y la energía para recuperar el bienestar, se diferencia del estado de depresión en que este ocurre en una persona, de forma más o menos transitoria, que puede considerarse como normal cuando se produce por determinadas condiciones o circunstancias de diferente índole, ya sea por la pérdida de un familiar o una persona allegada, la pérdida de un empleo, etc. En la Depresión como enfermedad, la tristeza se produce sin causa aparente que la justifique, los síntomas son persistentes y como parte del cuadro clínico que la acompaña se presentan, además, síntomas vegetativos, cognitivos y motivacionales.

El trastorno depresivo presenta diferentes formas de manifestación, se puede comportar como estado, rasgo y como entidad psiquiátrica. En el primer caso se considera como manifestación situacional, en el segundo como característica de propensión, una forma típica de reacción cotidiana y el tercero como una estructuración estable de enfermedad psiquiátrica.¹⁰

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

Muchas alteraciones fisiológicas como trastornos del sueño, de los ritmos circadianos, de la regulación neuroendocrina etc. anteceden al cuadro clínico y persisten cierto tiempo después de su desaparición.

La depresión del sistema inmunológico difícilmente explicable en una simple consecuencia del hundimiento afectivo cobra cada vez mayor importancia, ya no solo se admite que el cáncer y las enfermedades infecciosas pueden ser causa de depresión sino lo opuesto se desarrolla en un terreno por ella abonado.

Se reconoce que la salud física y la expectativa de vida están significativamente disminuidas en los pacientes con depresión respecto a la población general, el hecho de que el paciente este deprimido o no puede constituir una variable de primer orden en la evolución y desenlace de muchas afecciones básicamente somáticas. 11

Hay quienes afirman que la felicidad prolonga la vida y la tristeza la acorta. Sin embargo, existe nueva evidencia científica que revela que el estado de ánimo no sólo incide directamente en las posibilidades de sufrir problemas cerebro vascular, sino que también afecta nuestra capacidad mental, como memoria, concentración y raciocinio.

El campo clínico ha seguido enriqueciéndonos y ampliando sus fronteras, en un verdadero espectro de la depresión. El campo biológico nos ha abierto un nuevo mundo de conocimientos en torno a los mecanismos que generan la depresión, así como también nuevas y eficaces herramientas terapéuticas.

El costo en términos económico es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente.

Esto causa dolor y sufrimiento no sólo a quienes lo padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar. En primer lugar, por su frecuencia que es muy alta.

Se calcula que hasta un 30% de los mayores de 65 años padecen algunas de las diversas formas de depresión. Esta aseveración tiene sin embargo muchas matizaciones. 12

En ocasiones la depresión se presenta como deterioro cognitivo, es decir como un menor rendimiento intelectual con quejas de pérdida de memoria que obliga a los clínicos a diferenciar estas depresiones de una verdadera demencia. Hay factores que influyen en la depresión como:

I- Factores Médicos.

Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes, incapacitantes, como la Demencia Senil tipo Alzheimer, la Enfermedad de Parkinson, las Neoplasias, la Diabetes Mellitus complicada con Retinopatía o Polineuropatía, la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

- La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes, principalmente del aparato genitourinario o gastrointestinal.
- Los tratamientos prodepresivos muy utilizados para contrarrestar enfermedades que frecuentemente padece el anciano (digitálicos, propranolol, indometacina, metildopa, etc.)
- Las enfermedades prodepresivas como la Arteriosclerosis, las demencias, el Carcinoma de Cabeza de Páncreas, etc.

II.- Factores Psiquiátricos.

- Se incluyen las depresiones de cualquier naturaleza, el abuso de alcohol y de drogas, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran agitación y desconfianza, la confusión mental.

III.- Factores Psicológicos

- Los ancianos que sufren sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.

IV.- Factores Familiares.

- Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio. La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital desencadena una depresión que altera el sistema inmunológico lo que facilita la aparición de enfermedades físicas, principalmente las infecciosas que pueden dar al traste con la vida del anciano.
- El abuelo "ping pong" que se produce cuando se condena al anciano a la migración forzosa al ser trasladado de un domicilio a otro a conveniencia de los familiares y en detrimento de la comodidad, privacidad y estabilidad del anciano.
- El ingreso en un hogar de ancianos en su etapa de adaptación o cuando se realiza en contra de la voluntad del anciano puede reactivar situaciones de desamparo previas que pueden precipitar un acto suicida.

V.- Factores Socio-Ambientales.

- La jubilación.
- El aislamiento social.
- La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia sus ancianos.
- La competencia de las generaciones más jóvenes.
- La pérdida de prestigio.¹³

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada. ¹⁴

La familia crece y desarrolla a través del tiempo una historia familiar, es el centro en la vida en común y satisface hondos intereses afectivos y sociales de las personas al aumentar el ritmo de la vida, esta se hace cada vez más necesaria para la satisfacción de las necesidades espirituales del hombre desde el punto de vista psicológico se hace importante como nunca antes, para la salud de sus integrantes 13. Ocurre que la familia no es una estructura homogénea, con un comportamiento estable, sino que por el contrario se trata de una organización relacional muy compleja en la que hay tres, cuatro o más generaciones que se tienen que adaptar simultáneamente a diferentes cambios en el ciclo de vida familiar.

La familia en la vejez cobra un significado especial ya que:

- Es la proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por el anciano.
- Es un mecanismo útil de defensa de las relaciones sociales del anciano.
- Es el área de la vida del anciano más importante para él junto con la salud y la economía. 14, 15

La depresión es casi incomprensible para aquellos que no la han sufrido, es una enfermedad que provoca mucha frustración, tanto para el familiar como para quien la padece. Las situaciones más fáciles y simples de la vida cotidiana son obstáculos casi insalvables para el deprimido. 16

No cabe duda de que la depresión constituye hoy en día un problema de salud de elevada trascendencia y con graves repercusiones tanto para el paciente como para los familiares y la sociedad en general. Tanto es así que la Organización Mundial de la Salud informó recientemente de que en el año 2020 la depresión será la primera causa de discapacidad de todo el mundo, solamente superada por las enfermedades cardiovasculares. Además, está asociada a un deterioro de la calidad de vida y a una mayor morbilidad y mortalidad. 7

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH siglas en ingles), cada año, el 9.5 por ciento de la población estadounidense, (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padece de enfermedades depresivas. Estas cifras pueden aumentar en forma permanente, quizás porque mejora la capacidad para detectar estos trastornos. 17

Depresión:

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos. La depresión es una patología que causa una gran discapacidad y que supone repercusiones personales muy importantes. Entre otras, la persona siente dentro de sí una

imposibilidad enorme de poder seguir el curso normal de su vida y de sus actividades y se siente, en muchos casos, vacía por dentro.

El concepto de depresión no es extraño por su difusión fuera de la práctica médica. Sin embargo, es necesario puntualizar que los síntomas depresivos pueden formar una variada constelación de manifestaciones que incluyen síntomas psíquicos y corporales.

Entre los primeros se encuentran síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo. Es el ánimo depresivo o tristeza vital. Otros síntomas de esta esfera afectan a la pérdida de interés por las cosas, así como a la capacidad para disfrutar. Constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la actividad laboral y social del individuo. En esta esfera pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse, ideas de suicidio.

Sin embargo, en la depresión existen síntomas corporales o somáticos siendo los más frecuentes las alteraciones del sueño, pérdida de peso con falta de apetito; cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc. que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano. 18

Estudiosos del tema señalan que ambos sexos piensan muy distinto, pero otros autores revisados hasta ahora se lo atribuyen a las hormonas sexuales o a las presiones sociales que hacen que hombres y mujeres se comporten de una manera determinada y presenten en mayor o menor medida episodios depresivos. Sin embargo, cada vez se cuestiona más esta idea corroborándose esto a través del estudio realizado en Suecia en el año 2008 donde se comenzó a mostrar que el cerebro masculino y el femenino se forman a partir de distintos programas genéticos, lo que provoca una gran cantidad de diferencias anatómicas.

Existen también diferencias en los circuitos cerebrales y en las sustancias químicas que transmiten los mensajes entre las neuronas. 19

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. 20

Aunque las personas con depresión suelen identificar causas muy diversas como explicación a su aparición (conflictos de relación, pérdida interpersonal, situación vital desfavorable, etc.), a nivel clínico se identifican una serie de patrones que consisten en una variedad de síntomas agrupados en 4 tipos:

- a) Síntomas afectivos: Humor bajo, tristeza, desánimo.
- b) Síntomas cognitivos: Pensamientos negativos de uno/a mismo/a, del mundo y del futuro, baja autoestima, desesperanza, culpabilidad.
- c) Síntomas conductuales: Abandono de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada.
- d) Síntomas físicos: Relacionados con problemas de apetito y sueño (por exceso o defecto) y, en general, falta de “energía”, así como otras molestias que el paciente refiere.

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil. 21

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo. 8

La OMS considera que la depresión en cualquiera de sus formas o variantes es una de las mayores epidemias que afecta a la humanidad en los últimos decenios. Una pandemia que, sin embargo, tiende a ser invisible, dado que los deprimidos disimulan y se retraen y los suicidas suelen ser ocultados. 22

La tendencia actual es considerar que los trastornos depresivos del anciano son similares a los del adulto joven. Sin embargo, parece que en su expresión clínica pueden tener peculiaridades que las diferencian del adulto. A diferencia de lo que ocurre en la población adulta joven la depresión en este grupo de edad es el resultado de diversos factores que hacen complejo su estudio. Se describe que durante el proceso de envejecimiento se producen cambios biológicos y psicosociales los que a su vez se constituyen en factores de riesgo para desarrollar depresión en edades tardías.

Los estudios sugieren que, en general, un tercio de la población anciana está deprimida y sólo el 10% reciben tratamiento.

La depresión en las personas de la tercera edad es un importante problema de salud mental por su mayor gravedad, su elevado riesgo de suicidio y las dificultades que puede ofrecer para su correcta identificación, ya que el anciano frecuentemente padece al mismo tiempo enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes, la Hipertensión, Cáncer, o incluso otros padecimientos del sistema nervioso central como Parkinson y Alzheimer.

El envejecimiento es un paso, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.

Es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades y como consecuencia final presente un mayor riesgo de muerte.

El envejecimiento puede considerarse desde distintos puntos de vista:

- Cronológico: Es contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento. En ciertas personas la transición ocurre gradualmente y en otras es casi repentina. Tanto como el número de aniversarios, influyen las enfermedades y los factores socio-económicos.
- Biológico: La edad biológica si se corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico.

El envejecimiento biológico es diferencial, es decir de órganos y de funciones; es también multiforme pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, y es a la vez estructural y funcional.

- Psíquico: Estas modificaciones no sobreviven espontáneamente sino son el resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación. Ciertamente hay diferencia entre jóvenes y viejos en dos esferas: la cognoscitiva, que afecta la manera de pensar y las capacidades, y la psico-afectiva sobre la personalidad y el afecto
- Social: Comprenden los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. Es cierto que ciertas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. El ciclo dependencia / independencia que afecta a muchos individuos de edad avanzada es un ejemplo.

- Fenomenológico: Es la percepción subjetiva de la propia edad, se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial.

Así se puede definir al anciano sano como " aquel sujeto con alteraciones funcionales al, límite entre lo "normal " y lo "patológico", en equilibrio inestable y con adaptación de los trabajos funcionales a sus posibilidades reales de rendimiento. 17,23

Atender a un paciente anciano es uno de los retos más difíciles con los que se enfrenta un médico, pues cualquier consulta por sencilla que parezca suele venir acompañada de otros problemas que si se pasan por alto darán al traste con el manejo instaurado para la queja principal. Se calcula que una persona de 60 años tiene entre 4 y 6 problemas médicos y estos aumentan proporcionalmente con la edad. A pesar de ello el envejecimiento no es sinónimo de depresión. No se deben confundir el envejecimiento normal con la presencia de una enfermedad por más que en ocasiones estén presentes una mayor introversión, reiteración y presencia del pasado en algunos ancianos.

Es decir, ni todos los ancianos están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en un anciano, son "normales" para su edad.

El hecho de que se considere a la depresión como una consecuencia lógica del envejecimiento, constituye un factor muy importante que actúa negativamente en detectar el padecimiento. El problema se agrava si consideramos que en la actualidad existe la tendencia demográfica a la inversión en la pirámide de la población, es decir que al aumentar la expectativa de vida de las personas, exista una representación cada vez mayor de la llamada tercera edad.

Por otra parte, muchos ancianos no se dan cuenta de que padecen depresiones, ya que el trastorno queda enmascarado por otras enfermedades, e incluso es asumido al haberse generalizado la idea de que la tristeza es una característica propia de esa etapa de la vida.

Aunque el síntoma básico es la tristeza vital, el anciano suele “enmascararla” con quejas relativas a síntomas físicos inespecíficos. El anciano con cierta frecuencia se queja de que la tristeza surge dentro o que se arraiga en el pecho o en el vientre, sin embargo, la depresión se puede diferenciar de un episodio de tristeza por la duración del tiempo. La señal más temprana de depresión es la disminución de la capacidad para experimentar placer, felicidad o bienestar. El anciano ya no muestra interés alguno por sus ocupaciones favoritas, nada le ilusiona, nada le llama la atención. Más adelante, puede experimentar angustia en mayor o menor grado, acompañada de dolores de cabeza, diarrea, bolo esofágico, tensión muscular, agitaciones y dolores diversos inespecíficos.⁹

Rasgos diferenciadores de la depresión senil:

- Menor presencia de síntomas psíquicos como la tristeza y mayor presencia de síntomas corporales.
- La tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse en el anciano como apatía y retracción y pueden ser predominantes quejas somáticas diversas que obligan a realizar pruebas en busca de otras enfermedades que por otra parte son muy frecuentes en estas edades. A veces estos síntomas corporales constituyen verdaderos cuadros hipocondríacos con temores y preocupaciones excesivas.
- Algunos síntomas propios de la depresión pueden ser muy llamativos en el anciano como la pérdida de peso por falta de apetito, el insomnio o la aparición de ideas delirantes y en los cuadros graves, verdaderos cuadros psicóticos.
- Los ancianos con mucha frecuencia padecen enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma más de dicha enfermedad. En este caso la depresión en sí no es la enfermedad principal sino un síntoma acompañante. Son las llamadas depresiones somatógenas que complican procesos como la enfermedad de Parkinson, el Accidente Cerebrovascular, enfermedades del Tiroides como el Hipertiroidismo o el Hipotiroidismo, trastornos del metabolismo o algunos tipos de cáncer.

- Por el mismo motivo los ancianos consumen en ocasiones fármacos para tratar sus enfermedades pero que pueden inducir la aparición de depresión días o semanas después de su uso. Entre estos están medicamentos como corticoides, antiparkinsonianos, algunos antihipertensivos, etc.
- En la depresión grave del anciano es más frecuente el suicidio que en los jóvenes. 13

En la atención integral al anciano, el desarrollo de los programas y servicios médicos sociales reviste una mayor importancia, pues constituye el fundamento lógico para lograr que los individuos de la Tercera Edad obtengan el mayor bienestar posible. Innegablemente, el anciano, como individuo, presenta determinadas características médicas psicológicas y sociales que lo diferencian de las personas de otras edades.

La depresión geriátrica no es adecuadamente diagnosticada en la atención primaria. Algunos estudios sugieren que más del 50% de los pacientes ancianos deprimidos pueden pasar desapercibidos en las consultas.⁸

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente.

Es bien conocido que la patología depresiva en el anciano es frecuente, produciendo consecuencias negativas para el paciente y para su entorno. Sin embargo, hay problemas en el reconocimiento de la misma y no es extraño que pase desapercibida o sea erróneamente atribuida a otro proceso. Detectar los cuadros depresivos, en general, no es tarea fácil porque el proceso de evaluación y diagnóstico es complejo, pero en el caso de los ancianos tiene dificultades añadidas.

Para atender a las personas de 70, 80 o más años que vienen a la consulta con múltiples quejas somáticas y así mismo varias patologías, el médico general

integral, muchas veces no ha recibido el adecuado entrenamiento en geriatría y es posible que nunca haya recibido al menos una charla sobre las particularidades de estos pacientes.²⁴

La depresión es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos. La existencia de tratamientos eficaces que pueden mejorar la calidad de vida de quienes padecen este trastorno, obliga a prestar especial atención a este problema.

La práctica diaria demuestra dos hechos importantes, que existen un gran número ancianos cuyos cuadros depresivos pasan desapercibidos y otros que son tratados por un cuadro depresivo que no existe, por lo que se plantea la posibilidad de tres factores.

- La dificultad de diagnosticar la depresión en el anciano que son vistos por patologías orgánicas, si no se piensa en ello.
- La pluripatología del anciano y la presentación atípica de las enfermedades favorecen la confusión con las denominadas, máscaras somáticas, por lo que es frecuente tratamientos antidepresivos de prueba o de complacencia.
- La mayoría de las personas esperan que el anciano esté deprimido, por su situación de pérdida, modelo muy extendido, pero erróneo. ²⁵

La depresión del anciano se puede presentar desde una leve alteración del estado de ánimo hasta una profunda depresión, pudiéndose adoptar tres formas de presentación, inhibida, agitada, o enmascarada. Así pues, lo más importante en la depresión en esta etapa de la vida es el grado de intensidad y la forma de presentación. En relación con su curso esta tiende a ser crónica, con un alto riesgo suicida. Existen factores que hacen a este anciano más vulnerable a que esta patología se presente en mayor o en menor grado los cuales son:

- Los jubilados recientemente.
- Ancianos con más de 80 años.
- Ancianos que han enviudado recientemente.

- Ancianos solteros.
- Ancianos que viven solos.
- Ancianos socialmente aislados.
- Ancianos con situaciones socioeconómicas precarias.
- Ancianos hospitalizados.
- Ancianos que han cambiado recientemente su vivienda.
- Ancianos que han perdido seres queridos recientemente.
- Ancianos con dependencia para las actividades de la vida diaria.
- Ancianos con múltiples enfermedades asociadas.²⁶

Desde hace varios años se determinaron las características poblacionales que tendría Cuba para el 2025, correspondiendo para los mayores de 60 años el 20,1 % de la población total, o sea, más de la quinta parte de personas que tendrían que ser atendidas por la seguridad social.²⁷

Deberemos mantener un permanente estado de alarma que permita su detección por ser pobre su diagnóstico en atención primaria, para posteriormente abordarla con los tratamientos de los que disponemos. El pronóstico puede tornarse favorable cuando se realiza un diagnóstico precoz, preciso y un manejo integral abordando los factores biológicos y psicosociales desempeñado un papel fundamental la familia y la comunidad.

Todas las medidas de ayuda en relación con el bienestar del anciano deben partir de una realidad: las demandas médico-sociales que requieren estas personas, lo cual hace la interrelación dinámica entre los sectores médicos, sociales y comunitarios de todo punto indispensable. Pero para que esta realidad sea bien utilizada en la práctica intersectorial es necesario conocer la magnitud del problema al cual nos vamos a enfrentar, es decir, conocer las condiciones generales de esta población en relación con los procesos biológicos, psicológicos y sociales que definen el estado de salud de un individuo y de una población.

OBJETIVOS

General:

Caracterizar el comportamiento de la enfermedad depresiva en pacientes mayores de 60 años pertenecientes al CMF 4 del Policlínico Manuel Díaz Legrá de Holguín en el periodo comprendido desde julio a diciembre del 2018.

Específicos:

1. Evaluar el grado de depresión en los adultos mayores estudiados
2. Identificar el comportamiento de las variables socio-demográficas, relacionado con el grado de depresión en los pacientes estudiados.
3. Determinar en los casos estudiados la frecuencia ingestión de bebidas alcohólicas, la presencia de enfermedades crónicas y el validismo según el grado de depresión.

MÉTODO

Contexto y clasificación de la investigación:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la enfermedad depresiva en el adulto mayor pertenecientes al CMF 4 del Policlínico Manuel Díaz Legrá de Holguín, en el periodo comprendido desde julio a diciembre del 2018.

Universo y Muestra:

El universo estuvo integrado por 268 adultos mayores de 60 años que pertenecientes al consultorio y la muestra quedó conformada por 243 pacientes de estas edades, a los cuales se les realizó seguimiento en consultas con examen físico e interrogatorio. También se les aplicó el Índice de Katz para medir el validismo y la Escala de Depresión Yesavage, así como una encuesta diseñada al efecto para las variables socio-demográficas, aplicada por la autora en el consultorio o en visita a la casa del paciente.

Criterios de inclusión:

- Personas con 60 años o más que estén dispensarizados en el CMF No.4
- Pacientes que den su consentimiento para participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes que en el momento del estudio no se encontraban en el área de salud.
- Pacientes que no desearon participar en el estudio.
- Pacientes con deterioro físico y mentalmente.

Criterios de salida:

- Pacientes que ya no quisieron continuar con el estudio
- Fallecidos

Operacionalización de las variables:

Variables	Clasificación	Escala	Descripción
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica independiente	Masculino. Femenino.	Sexo biológico.
Edad.	Cuantitativa continúa Politòmica Ordinal Independiente	Grupos de 10 comenzando desde los 60 años.	años cumplidos constatados por carnet de identidad
Estado civil.	Cualitativa nominal Politòmica dependiente	Soltero(a). Casado(a). Divorciado(a). Viudo(a).	Vinculo de pareja.
Escolaridad.	Cualitativa ordinal Politòmica Continua dependiente	Analfabetos Primaria. Secundaria. Preuniversitaria. Medio superior Universitario.	Ultimo grado vencido.
Frecuencia en la Ingestión de Bebidas alcohólicas.	Cualitativa nominal Politòmica independiente	Todos los días. En ocasiones. Solo los fines de semana. Ex-bebedor. Nunca he bebido.	Frecuencia con la que el paciente ingiere bebidas alcohólicas.
Validismo	Cualitativa nominal Politòmica independiente	Según:Capacidad Funcional. Índice de Katz	Capacidad requerida para cubrir las necesidades personales habituales

		.A, B, C, D, E, F, G.	como: alimentarse, bañarse, vestirse, ir al retrete, trasladarse, continencia de esfínter.
Enfermedades crónicas no transmisibles	Cualitativa nominal Politòmica independiente	-Hipertensión Arterial. -Diabetes. -Cardiopatía Isquémica. -Asma bronquial -Accidente Vascular Encefálico. -Parkinson -Neoplasia. -Depresión diagnosticada - anteriormente. -Otras.	Se consideró presente si el anciano refiere padecer al menos una de las enfermedades.
Niveles de depresión.	Cualitativa Ordinal Politòmica independiente	Según Escala YESAVAGE -Normal. -Depresión leve. -Depresión establecida. -No depresión	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza, hipobulia, trastornos del sueño disminución del placer.

Métodos empleados:

En la presente investigación los métodos fueron aplicados como a continuación se exponen:

Los métodos teóricos posibilitaron la elaboración del marco teórico y la interpretación conceptual de los datos empíricos encontrados.

Análisis documental: La investigación teórica (revisión documental) llevó implícita el uso de los procesos del pensamiento de los investigadores, de modo que se pondrán de manifiesto el análisis y síntesis, la inducción y deducción, el método histórico-lógico y de modelación.

Análisis y síntesis: al analizar las fuentes bibliográficas y documentos relacionados con la depresión en el adulto mayor.

Histórico-lógico: al analizar los principales fundamentos de la depresión.

Métodos empíricos: Se revisaron las historias de salud familiar y la historia clínica individual de los pacientes estudiados y previo consentimiento informado (Anexo 1), se aplicó una encuesta anónima (Anexo 2) aplicada por la autora la cual se realizó en el consultorio o en visita en el hogar y además se aplicaron los siguientes cuestionarios:

- Índice de Katz: con el fin de conocer el validismo del paciente (Anexo 3)
- Escala de depresión de Yesavage: para conocer si el paciente presenta algún grado de depresión. (Anexo 4)

Análisis estadístico:

Como procedimientos estadísticos se utilizó el análisis de distribución de frecuencia y porcentaje. Se efectuó la triangulación de la información obtenida mediante la aplicación de los métodos empíricos, los métodos teóricos y el procesamiento estadístico, lo que nos permitió el análisis de los resultados y arribar a conclusiones.

Aspectos éticos:

Dada la necesaria participación directa de los sujetos de investigación en el desarrollo de la misma y teniendo en cuenta el cumplimiento de los principios estipulados en el Código de Núremberg (1947) y la Declaración de Helsinki (1964, 1975, 1983, 1989), la cual contiene las Recomendaciones a los Médicos en la Investigación Biomédica en seres humanos y cumpliendo con los principios de la ética médica (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía), solicitamos el consentimiento informado explícito (Anexo 1) a los pacientes, de ser tomados como miembros de una investigación, luego de ser informados correctamente sobre qué, por qué y para qué hacemos el estudio, y decirle que es libre de elegir su participación en la misma.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

TABLA No.1.

Distribución de los pacientes estudiados según sexo y niveles de depresión

SEXO	(TEST YESAVAGE)							
	DEPRESION							
	NORMAL		LEVE		ESTABLECIDA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
FEMENINO	93	50.3	27	58.7	8	66.7	128	52.7
MASCULINO	92	49.7	19	41.3	4	33.3	115	47.3
Total	185	100	46	100	25	100	243	100

Fuente: Encuestas

Se estudiaron 243 adultos mayores de 60 años, de ellos 52,7% pertenecen al sexo femenino, y 47,3% al sexo masculino, superando en un 5,4% el sexo femenino al masculino, diferencia que no consideramos importante; la razón que se establece es de 1,4(128/115) de mujer por cada hombre mayor de 60 años.

En esta tabla observa que, en cuanto al sexo, las féminas en las dos categorías de la depresión leve y establecida superaron a los del sexo masculino en cada grupo con porcentajes de 58,7% y 66,7% respectivamente. Los resultados obtenidos nos hacen pensar que aún en las edades avanzadas la mujer se mantiene como un grupo vulnerable a la depresión guardando relación este estudio con resultados similares encontrados en un estudio que se realizó en la Universidad Bolivariana de Chile donde se demuestra que por cada hombre afectado hay dos féminas con esta patología.²⁸

En un estudio realizado en Holguín se halló que más de la mitad de los pacientes con depresión correspondían al sexo femenino²⁹. Semejantes resultados se encontraron en un estudio realizado por Rodríguez y Boris.³⁰

TABLA No.2.

Pacientes adultos mayores según grupo de edad y niveles de depresión.

EDAD	DEPRESION		(TEST YESAVAGE)					
			NORMAL		LEVE		ESTABLECIDA	
	TOTAL							
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
60 a 69	91	49.2	14	30.4	4	33.3	109	44.9
70 a 79	66	35.7	22	47.8	4	33.3	92	37.9
80 y mas	28	15.1	10	21.7	4	33.3	42	17.2
Total	185	100	46	100	12	100	243	100

Fuente: Encuestas

En la tabla No 2 podemos ver que en cuanto a la edad se evidencia la tendencia lógica de ir disminuyendo el número de adultos en las edades más avanzadas, el predominio es para el grupo de 60 a 69 años para un 44,9% hasta un 17,2% en los 80 y más.

En cuanto a la edad la depresión leve fue más frecuente en los adultos de 70 a 79 años con un 47,8%, los que clasificaron dentro de la depresión establecida se comportó igual para todos los grupos de edad establecidos con 33,3 %. Siendo la edad media para los pacientes deprimidos de 75 años.

La expectativa de vida al nacer en Cuba es de 76 años para las mujeres de 74 años para los hombres, por lo que el número de ancianos(a) en esta etapa de la vida es mayor y pareciera que a medida que avanza la edad el riesgo de depresión aumenta.

Los adultos mayores estudiados abarcan el rango desde 60 hasta 80 años y más, fueron agrupados según grupos que se muestra en la tabla, esta distribución obedece a patrones universales, fundamentadas en el método.

Resultados similares a nuestro estudio, plantea Galván y Navarro 31, así mismo lo plantea en un estudio realizado en el municipio de Cienfuegos, por Domínguez y Espin32 y un reporte de investigaciones en el Hospital Cayetano Heredia33

Sin embargo, no coincide con este estudio uno realizado en Chile donde se encontró que la depresión es más frecuente entre los 60 a los 65 años de edad ya que es en esta etapa donde están más vulnerables debido a los múltiples cambios tanto en el ámbito laboral como en el familiar .28

TABLA No 3.

Distribución de los adultos mayores estudiados según estado civil y niveles de depresión.

depression:

	(TEST YESAVAGE)							
	DEPRESION							
ESTADO CIVIL	NORMAL		LEVE		ESTABLECIDA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CASADO	121	65.4	12	26.1	3	25.0	136	56.0
VIUDO	39	21.1	17	37.0	3	25.0	59	24.3
SOLTERO	19	10.3	5	10.8	1	8.3	25	10.3
DIVORCIADO	6	3.2	12	26.1	5	41.7	23	9.4
Total	185	100	46	100	12	100	243	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No 3, los casados representaron un 56,0% (136) seguido de los viudos con 24,3% (59), son los estados civiles más frecuente; en los primeros es una forma de sentirse acompañados en el ocaso de la vida, en la mayoría de las ocasiones una compañía que suele ser de muchos años, en los segundos era de esperar por la edad; los solteros y divorciados con porcentajes de 10,3% y 9,4% se alejaron notablemente de los primeros;

Teniendo en cuenta el estado civil, los viudos(a), dentro de la depresión leve fueron los que predominaron con un 37,0%, mientras que en la depresión establecida los divorciados(a) con 41,7% fueron los más representados.

En este estudio podemos ver que hay un predominio de la depresión leve en las personas que han enviudado, y la depresión establecida hay mayor prevalencia en los pacientes divorciados, por lo que se aprecia que el estado civil juega un papel importante en este grupo etario por su gran vulnerabilidad, sentimientos de soledad, necesidad de apoyo y comprensión, además los roles sufren transformaciones y es en este momento donde la familia y en especial el conyugue entra a funcionar como un factor protector ya que ayuda a conllevar los problemas de la vida diaria .

En las diferentes investigaciones revisadas encontramos resultados similares, donde la viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, 34. En otro estudio hace alusión a la repercusión de la viudez en el funcionamiento social del anciano y su predisposición a la morbimortalidad 35.

La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital desencadena una depresión que altera el sistema inmunológico lo que facilita la aparición de enfermedades físicas, principalmente las infecciosas que pueden dar al traste con la vida del anciano.

Con nuestro trabajo podemos decir que en el grupo de adultos mayores deprimidos el mayor número de ancianos quedaron ubicados en los que no tenían vínculo de pareja; es decir viudos, divorciados y soltero.

TABLA No.4.

Distribución de los pacientes estudiados según escolaridad y niveles de depresión

ESCOLARIDAD	(TEST YESAVAGE)							
	DEPRESION							
	NORMAL		LEVE		ESTABLECIDA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabetos.	13	7.0	5	10.9	2	16.6	20	8.3
Primaria	39	21.1	15	32.6	4	33.3	58	23.8
Secundaria	53	28.6	12	26.1	3	25.0	68	28.0
Preuniversitario	36	19.5	9	19.6	2	16.7	47	19.3
Técnico-Medio	26	14.1	3	6.5	1	8.4	30	12.3
Universitario	18	9.7	2	4.3	0	0	20	8.3
Total	185	100	46	100	12	100	243	100

Fuentes: Historias Clínicas Familiares e Individuales

En cuanto la escolaridad, la secundaria básica y la primaria, con porcentajes de 28,0% y 23,8% fueron las más frecuentes, también mostrando una tendencia de ser menos frecuente en niveles más altos.

En la escolaridad de los adultos se aprecia una tendencia que a medida que el nivel de escolaridad alcanzado fue superior disminuyó el número de pacientes con algún tipo de depresión, de ahí que los mayores por ciento se encontraron en los pacientes con escolaridad primaria, en la depresión leve 32,6% y en la establecida 33,3%.

Los adultos mayores con estado de ánimo normal prevalecieron en el grupo con mayor nivel educacional, a diferencia de los que presentaron depresiones leves y establecidas que se ubicaron en la categoría de primaria. Hallazgos similares encontramos en un estudio realizado en el Policlínico Enrique Betancourt. 36

Existe otro estudio realizado por la Escuela de psicología Universidad Bolivariana de Chile,

Donde se encuentra que uno de los factores de riesgo importantes está el nivel de escolaridad, ya que a menor nivel más propenso es una persona a padecer de depresión.²⁸ Iguales resultados se encontraron en un estudio realizado por Vázquez ³⁷y otro en Colombia en el 2014.³⁸

Estos resultados encontrados en el trabajo se corresponden a que los ancianos estudiados, su etapa de niñez y adolescencia transcurrieron entre los años 1920 a 1950 aproximadamente donde la educación no era prioritaria para la mayoría y en edades escolares se dedicaban al trabajo para poder subsistir por las condiciones económicas imperantes no adquiriendo un adecuado nivel educacional.

Un mayor nivel educacional brinda al anciano(a) la posibilidad de enriquecer su vida, un espectro más variado de oportunidades, posibilidades y alternativas para la solución de eventos que puedan afectar, y emprender aun en esta etapa de la vida determinados proyectos. Consideramos que un menor nivel educacional implica una reducción de estas posibilidades.

TABLA No. 5.

Comportamiento de la frecuencia ingestión de bebidas alcohólicas de los pacientes estudiados según niveles de depresión.

INGESTION		DEPRESION				(TEST YESAVAGE)	
DE BEBIDAS	NORMAL		LEVE		ESTABLECIDA		TOTAL
ALCOHOLICAS	No.	%	No.	%	No.	%	No. %
Todos los días.	31	16.8	7	15.2	1	8.3	39 16.0
Solo en fines de semana.	-	0.0	3	6.5	4	33.3	7 2.9
En ocasiones	125	67.6	27	58.7	7	54.8	159 65.4
Ex bebedor.	13	7.0	1	2.2	-	0	14 5.8
Nunca ha Bebido.	16	8.6	8	17.4	-	0	24 9.9
Total	185	100	46	100	12	100	243 100

Fuentes: Encuestas.

En la tabla No. 5, se exponen la ingestión de bebidas alcohólicas como factor de riesgo en los adultos mayores que aún prevalecen, encontrándose que el 65,4% beben en ocasiones (bebedores que podemos considerar sociales), el 16,0% beben todos los días, 2,9% reconocieron que lo hacen solo los fines de semana, un 5,8% los ex bebedores y los que nunca han bebidos un 9,9%..

En resumen, podemos decir que en los adultos estudiados la ingestión de bebidas alcohólica estuvo presente en alguna medida en el 84,3% (65,4%+16,0%+2,9%), es decir que el ingerir alcohol como factor de riesgo tienen una incidencia notable en los adultos estudiados

En cuanto a la ingestión de bebidas alcohólicas, los que manifestaron que beben de forma ocasional mostraron los mayores porcentajes, en los adultos con depresión leve (58,7%) y con depresión establecida (58,4%); un detalle a señalar es, que si tenemos en cuenta a todos los que ingieren bebidas alcohólicas independientemente con la frecuencia que lo hagan encontramos que el por ciento en el grupo con depresión leve se eleva a 80,4% (15.2+6.5+58.7) y en el grupo con depresión establecida el por ciento sería del 100,0%.

En el estudio realizado podemos ver que los pacientes que ingieren en ocasiones bebidas alcohólicas es la que presenta mayor prevalencia de depresión tanto leve como establecida lo que discrepa con un estudio realizado en Philadelphia donde la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas está relacionada con la depresión 39. Pero un estudio realizado en Buenos Aires por Bleichmar 40, indica que la ingestión de alcohol es un mecanismo de evasión de la depresión. Lo que demuestra que los pacientes deprimidos tienden a beber para escapar de la depresión ya sea todos los días o de forma frecuente.

Muchas personas independientes de la edad acostumbran a la ingestión de bebidas alcohólicas (vulgarmente dicho para ahogar las penas), por supuesto esto no quiere decir que este hábito tóxico presente en millones de personas a nivel mundial se deba exclusivamente a un estado depresivo, solo es una manifestación de escape según el criterio erróneo de la persona.

TABLA 6

Comportamiento del validismo a través del Índice de Katz según niveles de depresión.

	ESCALA DE		DEPRESION		YESAVAGE			
INDICE DE KATS	NORMAL		LEVE		ESTABLECIDA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
A.	172	93.0	37	80.4	3	25.0	212	87.2
B	11	5.9	5	10.9	-	0	16	6.6
C.	2	1.1	1	2.2	-	0	3	1.2
D	-	0	2	4.3	2	16.7	4	1.6
E	-	0	-	0	2	8.3	2	0.8
F	-	0	1	2.2	5	41.6	6	2.5
Total	185	100	46	100	12	100	243	100

Fuente: Instrumentos de Depresión Yesavage e Índice de Katz

La aplicación del índice de Katz, nos muestra que el 87,2% de los adultos del estudio tienen independencia total para realizar sus funciones más apremiantes, esto habla muy a favor de estos pacientes de nuestro estudio; en orden de frecuencia, pero bien distante de los primeros, le siguen los 16 adultos (6,6%), que son dependiente de solo una función; el resto de los adultos 15 en total la realización de funciones imprescindibles se ven limitadas.

Los niveles de depresión no se ven distribuidos de igual forma con respecto a la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria.

En cuanto a la relación de validismo con la escala de depresión se evidencia que los mejores resultados estuvieron en la categoría Normal con 93,0% en los pacientes con independencia para todas sus funciones.

Así mismo los pacientes que presentan la depresión leve predominan en los que tienen independencia para todas las funciones con 80.4%. No así en los pacientes que presentan depresión establecida donde se ve que los pacientes que tenían capacidad funcional G (dependiente de las seis funciones) representan el 41,6%

TABLA No. 7

Comportamiento de las Enfermedades Crónicas según niveles de depresión.

ENFERMEDADES	ESCALA DE		DEPRESION		YESAVAGE		TOTAL	
	NORMAL		LEVE		ESTABLECIDA			
CRONICAS	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertension arterial.	107	57.8	26	56.5	4	33.3	137	56.4
Diabetes Melitus	33	17.8	18	39.1	5	41.7	56	23.0
C. Isquemica.	15	8.1	13	28.3	3	25.0	31	12.8
Asma Bronquial.	7	3.8	6	13.0	2	16.7	15	6.2
Accidente Vascular Encefálico	2	1.1	-	0	1	8.3	3	1.2
Parkinson	-	0	2	4.3	-	0	2	0.8
Neoplasia.	8	4.3	4	8.7	2	16.7	14	5.8
Depresion diag. Anteriores	3	1.6	12	26.1	12	26.1	27	11.1
Otras.	33	17.8	22	47.8	11	91.7	66	27.2
Total	185	100	46	100	12	100	243	100

Fuentes: Historias Clínicas Familiares e Individuales

Como era de esperar la Hipertensión Arterial con 56,4%, la Diabetes Mellitus con 23,0% la Cardiopatía Isquémica con 12,8% y la depresión diagnosticada anteriormente con 11,1%, en ese orden fueron las enfermedades crónicas más frecuente en los adultos estudiados, destacándose la Hipertensión Arterial notablemente de resto.

Las Neoplasias, Asma Bronquial, Accidente Vascular Encefálico (AVE) y la enfermedad de Parkinson, también estuvieron presentes y alcanzaron el 14% de los pacientes estudiados.

La tabla 7 muestra la relación entre las enfermedades crónicas y la valoración según la escala de depresión de Yesavage; Si bien es cierto que el 76,1% de los pacientes por la escala de depresión resultó normal, si la valoración de leve predominó en los pacientes, Hipertensos, Diabéticos, y con Cardiopatía Isquémica; mientras que la depresión diagnosticada anteriormente predominó la establecida.

Por lo que concluimos que la relación con la escala de Depresión para la presencia de las enfermedades crónicas predominó la condición de leve.

El estudio proporcionó una relación entre la depresión y las enfermedades crónicas, resultando significativos, la Hipertensión Arterial, la Cardiopatía Isquémica y la Diabetes Mellitus, en la medida que seamos conscientes en la relación existente entre depresión y otras patologías en esta etapa de la vida seremos capaces de identificarla para mejorar la calidad de vida del anciano. Nuestro estudio mostró que la presencia de enfermedades crónicas se relacionaba con un mayor estado depresivo, ya que esto los hace más frágiles, dependientes y sienten que son carga para sus familiares. Esto coincide con lo encontrado en otras investigaciones como la de Martínez Hernández y colaboradores.³⁶ Así mismo otros autores como Gayoso ⁵⁰, señala que dentro de los aspectos biológicos, un factor importante que juega a favor del fracaso es la mayor prevalencia de determinadas enfermedades (hipertensión (HTA), Diabetes mellitus (DM), osteoartritis, enfermedades neurodegenerativas etc.) asociadas a la alta longevidad.

La pérdida de la salud es un factor de riesgo asociado a depresión en el anciano y en un importante porcentaje de casos los síntomas depresivos aparecen después de una enfermedad grave.

Cáceres Rodas refleja en su estudio que mientras la depresión afecta en la población general entre un 10% y un 25% en mujeres y 5% a 12% a varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%, debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento así como a los cambios en el estilo de vida.⁵

TABLA No.8

Comportamiento de la depresión en los adultos de 60 años y más.

NIVELES DE DEPRESION	NO.	%
NORMAL	185	76.10
DEPRESION LEVE	46	19.00
DEPRESION ESTABLECIDA	12	4.90
Total	243	100

Fuente: Escala de Depresión Yesavage

En la tabla No.8, se ve en forma general que, de los adultos estudiados 185 (76,1%) según los resultados de la aplicación del test Yesavage no mostraron depresión (Normal), 46 (19,0%) depresión leve, por último 12 pacientes (4,9%) presentaron depresión establecida.

Podemos ver que la depresión es la enfermedad psíquica que mayor relevancia ha adquirido en el mundo moderno, y por muchos considerada la enfermedad del siglo XXI por su alarmante aumento incidencia en las últimas décadas, observando que el mayor número de ancianos(a) estudiados tuvieron estado de ánimo normal y en cuanto a los niveles de depresión predominó la leve.

Estos resultados son similares a los encontrados en estudios realizados por Jiménez Páez 54, Oquendo González en un hogar de adultos mayores 16, y en un estudio descriptivo en el centro de atención ambulatoria de Cali, Colombia. 55

Al analizar los resultados apreciamos que, los que presentan depresión leve son independientes para todas las funciones, mientras que en la depresión establecida existe dependencia para las seis funciones, demostrando que a mayor incapacidad se incrementa el riesgo de depresión en el adulto mayor, coincidiendo con algunas de las investigaciones realizadas. 52,53.

Un estudio realizado en la Universidad Bolivariana de Chile 28, que hace referencia a la relación entre depresión y actividades de la vida diaria, el cual describe similares resultados, de la misma manera este estudio coincide con otro realizado por Vázquez 48 en donde la depresión establecida es más frecuente en pacientes con dependencia de las 6 funciones de la vida diaria.

Es de señalar como los ancianos con algún grado de discapacidad ya sea de causa física o mental son más susceptibles a sufrir depresión, por verse imposibilitados, lo que nos hace pensar como los ancianos que necesitan ayuda en mayor o menor cuantía para las actividades cotidianas se deprimen más que aquellos que se consideran independientes de sus familiares.

CONCLUSIONES

Con la realización de este trabajo pudimos llegar a la conclusión que en los pacientes estudiados predominó el sexo femenino, el grupo de edad de 60 a 69 sobresalió con respecto al resto, los casados fueron más del 50% de los pacientes, y en la escolaridad predominó la secundaria básica y la primaria. Además, predominio de la Hipertensión Arterial, seguida de la Diabetes Mellitus como las enfermedades crónicas más notables. También evidenciamos que la ingestión de bebidas alcohólicas estuvo presente notablemente en los hábitos tóxicos de los pacientes del estudio en alguna medida, que la mayor parte de los pacientes estudiados presentó validismo total (calificación A en el índice de Katz) y que menos del 30% de los pacientes presentó estado depresivo a la evaluación con el Test Yesavage, predominando la depresión leve.

RECOMENDACIONES

Como parte de las recomendaciones queremos dar a conocer los resultados de este estudio en el área de salud ,así como extender hacia otros consultorios del área estudios similares que le permita al médico conocer el estado anímico del paciente geriátrico, paciente susceptible a los estados depresivos sobre todo por la misma fragilidad tanto física como mental que conlleva al aumentar la edad, además de proponer la capacitación a los médicos y enfermeras de la familia para el diagnóstico y abordaje de la depresión en la tercera edad, ayudando así a garantizar en esta etapa un mejor desarrollo del modo y estilo de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Lima MG, Barros MBA, César Chester LG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. RevPanam Salud Pública. [Seriado en Internet]. 2013 [citado 7 de Abril 2019]; 25(4): 314-321. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-
- 2.- Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. En: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2017. p. 1 – 13.
- 3.- Barros Díaz OZ. Escenarios demográficos de la población de Cuba. Período 2000-2005. La Habana: CEDEM; 2013
- 4.-Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. En: MINSAP. Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2025. La Habana: CEDEM; 2016.p.374-418.
- 5.-Heerlein A. Desafíos en Psiquiatría. RevChilNeuro-Psiquiat. [Seriado en Internet]. 2014 [citado 7 Abril 2019]; 42(2): 75-80. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272004000200001&script=sci_arttext.
- 6.- Bees Constantén Sonia y Comité Editorial. Anuario Estadístico de Salud 2013. ISSN 1561-4425. Ministerio de Salud Pública. Habana 2014.
- 7.-Jacobson S. La depresión en el anciano [Monografía en Internet]. New York: Harper and Row; 2016 [citado 15 Abril 2019].Disponible en: http://www.depresion.psicomag.com/depre_en_vejez.php.

- 8.-Avila Oliva MM, Vázquez Morales E, Gutiérrez Mora M. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. Ciencias Holguín. [Seriado en Internet]. 2016 [citado 7 Abril 2019]; 13 Disponible en :<http://www.ciencias.holguin.cu/2007/Diciembre/articulos/ARTI4.htm>.
- 9.-<http://www.monografias.com/trabajos92/depresion-adulto-mayor/depresion-adulto-mayor.shtml#ixzz3XDZZgwy1>.
- 10.-Louro Bernal, Isabel: Evaluación de un modelo de vulnerabilidad psicológica a la depresión. Ciudad Habana.2011. Trabajo de tesis para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. ENSAP. Ciudad de La Habana. 2011.
- 11.-Castell P. La depresión: triste epidemia del siglo XXI. Am J Epidemiol. 2017; 155:293-301
- 12.-Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. En: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2011. p.– 13.
- 13.- Pérez Barrero SA. Factores protectores del comportamiento suicida en el anciano. Washinton: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
- 14.-Santiesteban Pérez I, Mateo Arce CI, Pérez Ferrá ML, Cutiño Rodríguez M, García Ortiz N. Atención de la familia al anciano. CorrMedCientHolg. [Seriado en internet]. 2013 [citado 15 Abril 2019]; 12(5) : [aprx. 9 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no125/ind125.htm>
15. Uribe Rodríguez AF, Valderrama Orbegozo LJ, Molina Linde JM. Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. Act Colom Psicol. [Seriado en internet]. 2013 [citado 8 Abril 2019]; 10 (1): [aprox. 13 p.].

Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012391552007010008&nrm=iso&lng=en

16.- Oquendo González ME, Soublet Maestri O. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? Rev. Cubana Enfermería. [Seriado en Internet]. 2013 [citado 3 Abril 2019]; 19 (2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192003000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

17.- Alcalá López JE, Carmona de la Morena J, Castellanos Martínez E, Comas Samper, JM, Gómez Gómez M, Jiménez Torres EF, et al. Depresión. En: Manual terapéutico del anciano. [Monografía en Internet]. Barcelona: Gerencia de Atención Primaria de Toledo; 2015 [citado 15 Marzo 2019]. Disponible en: <http://clientes.spainconsulting.com/sefh/manuales/manualterapeutico/index.html>

18.- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.ed. Washington: American Psychiatric Association; 2012.

19.- Cahill L. El órgano realmente diferente entre los sexos es el cerebro: distinta estructura en hombres y mujeres. Acta. [Serie en Internet]. 2013 [citado 11 Abril 2019]; 22(1): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_depresion_anciano.htm

20.- Bortolloni, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montagui M. B., & Berardi, D. (2016). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. General Hospital Psychiatry, 30, 293-302.

21.- Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, M. FM. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. Aten Primaria 2014; 34(9):504.

22.- OPS-OMS. Salud Mundial. Tendencias para el año 2025. Oxford University. 2011.

23.-Castell P. La depresión: triste epidemia del siglo XXI. Am J Epidemiol. 2016; 155:293-301.

24.- Galán Santamaría E. Sobre la depresión, el pretendido mal. [Monografía en Internet]. Madrid: Fundación Carl Gustav Jung; 2013 [citado 5 Marzo 2019]. Disponible en: http://www.fcgjung.com.es/lib_177.html

25.-González Ceinos M. Depresión en ancianos problema de todos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; 17(4):316-20.

26.-Stek ML.Natural history of depression in the oldest old.Br J Psychiat.[Seriado en Internet]. 2013 [citado 11 Abril 2019]; 188: 65-69. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/188/1/65>.

27.-Peláez O. Disminución acelerada de la natalidad y envejecimiento poblacional. Reto inaplazable para los cubanos.[sitio en Internet] Diario Granma. Hallado en: [http:// www.Granma.Cubaweb.Cu](http://www.Granma.Cubaweb.Cu).Fecha de Acceso 2 de marzo 2019.

28.- Isaías Hernández Olmedo,María Eugenia Soto Cabezas,Ivette Alejandra Castro Mieres .Envejecimiento Normal y Depresión Clínica en el Adulto Mayor, Universidad Bolivariana Escuela De Psicología.Santiago — Chile, Octubre 2011

29.-Martínez Ayón MJ, Durán Cordovés L, Baster Moro JC, Guevara Sierra GE. Depresión y estado de salud en el adulto mayor en el servicio de geriatría. Correo Científico Médico de Holguín. [Seriado en Internet]. 2013 [citado 2 Abril 2019]; 7(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73ori6.htm>.

30.- Rodríguez García Mislav, Boris Savigne Deisy, Rodríguez Obré Omar, Rodríguez Arias Orestes D. Algunos aspectos clínico epidemiológicos de la depresión en la ancianidad. MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 12 Abril 2019] ; 13(5): . Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192009000500001&lng=es.

- 31.-Alonso Galbán P, SansóSoberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco M. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 8 Abril 2019]; 33 (1) [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_arttext
- 32.-DominguezGonzález T, Espin Andrade AM, Bayome Veá H. Caracterización psicológica de las relaciones familiares del anciano en el área del Policlínico Reina. Revista Cubana Medicina General Integral. 2011; 17(5):418-22.
- 33.-De la Torre Maslucan J. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta MedPer.[Seriado en internet]. 2013 [citado 10 Abril 2019]; 23(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 34.-Roth SM. Aspectos clínicos, biológicos y sociales de las depresiones en la tercera edad. Actas españolas de Psiquiatría. 2012; 28(7): 32-37.
- 35.-Guerrero Pupo J. Evaluación de aspectos biopsicosociales en el adulto mayor. Holguín; 2013. Correo Científico Médico de Holguín. [Seriado en Internet]. 2014 [citado 4 Marzo 2019];8(3): [aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no83/n83ori2.htm>
- 36.-Martínez Hernández O. Rodríguez Fajardo X, Guillot Moreno A, Rodríguez. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del Policlínico Enrique Betancourt. Revista Avanzada Científica. 2013; 10(2). Disponible en: <http://avanzada.idict.cu/index.php/avanzada/article/view/168/0> .
- 37.- Vázquez-Barquero JL. Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En: González de Rivera JL, Rodríguez F, Sierra A, editores. El método epidemiológico en salud mental. Barcelona: Masson, 2013

- 38.-Gómez-Restrepo C, Bohórque A, Pinto Masis D, Gil Laverde JF, Rondón Sepúlveda M. y Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2016; 16(6): 378-86.
- 39.-Abbasi O, Burke WJ. Depression. In: Ham RJ Jr., Sloane PD, Warshaw GA, et al., eds. Ham's Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach. 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2013:chap 18.
- 40.- Caro, I. La Terapia Racional Emotivo Conductual de A. Ellis. En Manual Teórico –Práctico de Psicoterapias Cognitivas (pp.93-133). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer .2012.
- 41.- Quijano JM. La Protección social en el Uruguay. Actas Españolas de Psiquiatría. 2014; 35(7):3-6
- 42.-Cáceres Rodas en el Centro Americano de Población Cáceres Rodas RI. Centro Americano de Población. Población y salud en mesoamérica. Medicentro. [serie en Internet].2014 [citado 14 Abril 2019];1(2):[aprox. 7p.]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/5/5-2/5-2-2/index.htm>
- 43.- Díaz Garrido D, Bayarre Vea H, Lazo Álvarez MA, Menéndez Jiménez J, Pérez Piñero JS, TamargoBarbeito T. Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia Granma. Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 2013 [citado 21 Abril 2019]; 23(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi09207.htm
- 44.- Álvarez, J. & Sicilia, M. (2012). Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores [Versión electrónica]. Anales de psicología, Vol. 23, Nº 2 (Diciembre), 272-281

- 45.- Franco Fernández MD. El diagnóstico de la depresión en el anciano. *Informaciones Psiquiátricas*. [Seriado en Internet]. 2013 [citado 14 Abril 2019];(184): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2016/02_184_06.htm
- 46.-Guibert Reyes W. Intento suicida del anciano en un área de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 2012;15(5):509-15
- 47.- Tuesca-Molina R. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *RevEsp Salud Pública*. [Seriado en internet]. 2013 [citado 14 Abril 2019]; 77(5): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272003000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 48.- Vázquez, C., & Lozoya, G. (2012). Evaluación y diagnósticodiferencial de los trastornos depresivos en personas de edad. En J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- 49.-Marietan H. La depresión en el anciano. [Monografía en Internet]. Buenos Aires: Editorial Ananké; 2014 [citado 13 Abril 2019]. Disponible en: <http://www.marietan.com/index.htm>
- 50.-Gayoso, M. Epidemiología y Clínica. En Gil, P., Martín, M. (Coord.), *Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátrica, Depresión y Ansiedad* (pp. 13-31). 2017. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y Scientific Communication Management.
- 51.-Cáceres Rodas RI. Centro Americano de Población. Población y salud en mesoamérica. *Medicentro*. [serie en Internet].2014 [citado 14 Abril 2019];1(2):[aprox. 7p.]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/5/5-2/5-2-2/index.htm>

- 52.-Ávila Funes JA, Melano Carranza E, Pavette H, Amiela H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Pública Méx. [Seriado en Internet]. 2013 [citado 12 Abril 2019];49(5):367-75. Disponible en: http://www.scielosp.org/whalecom0/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- 53.-López Móngil R. Nuevas aplicaciones de la valoración funcional en residencias de ancianos. Revista Electrónica de Geriatria y Gerontología. [Seriado en Internet]. 2012 [citado 18 Marzo 2019];2(2):[aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com/index.php/journal/issue/view/26>
- 54.-Jiménez Páez JM. La depresión está infradiagnosticada en el anciano. Gerontología. [Seriado en Internet]. 2015 [citado 23 Marzo 2019];7 (12): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2008/764/1215194666.html>
- 55.-Ocampo JM, Romero N, Saa HA, Herrera JA, Reyes Ortiz CA. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Colombia Médica. [Seriado en Internet]. 2014 [citado 23 Marzo 2019];37(2Supl.1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol37No2sup.1/html/PDF/cm37n2s1a4.pdf>.

ANEXO 1

Consentimiento Informado:

Yo _____ he leído y comprendido la información que me ha sido entregada sobre el estudio. He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre la investigación, y he obtenido respuestas satisfactorias.

Estos resultados no tienen fines diagnósticos sino investigativos, por lo cual no se me darán a conocer personalmente ni serán revelados a otras personas. Autorizo su utilización en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar mi identidad. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria. Cooperaré con la localización a través de mí de otros miembros de mi familia en caso de que esto resultase necesario. Se me ha explicado que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, si así lo estimo pertinente, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mis relaciones con el personal de salud a cargo de la misma. Para dar este consentimiento he recibido una amplia explicación del médico a cargo de la investigación:

Dra. Ana Rosa Márquez González, la que me ha informado el objetivo de la investigación y sus características.

Por todo lo anterior planteado doy mi consentimiento para ser incluido en la investigación. Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con el responsable de la investigación que me ha dado las explicaciones.

Firma del tutor.

Firma del Paciente

Firma de la responsable de la investigación.

ANEXO 2

Encuesta

Variables Demográficas:

1-Edad:

☐ 60-69

☐ 70-79

☐ -80 y más

2-Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

3- Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

4-Escolaridad:

☐ Primaria sin terminar

☐ Primaria

☐ Secundaria

☐ Preuniversitaria

☐ Técnico.Medio

☐ Universitario

5- Padece de algunas de las siguientes enfermedades:

☐ Hipertensión Arterial

☐ Diabetes

___ Cardiopatía Isquémica

___ Asma bronquial

___ Accidente Vascular Encefálico

___ Parkinson

___ Neoplasias

Depresión (diagnosticada anteriormente)

Otras

6- En cuanto a la ingestión de bebidas alcohólicas

Ingiere bebidas alcohólicas:

___ Todos los días

___ en ocasiones

___ solo los fines de semana

___ Ex-bebedor

___ Nunca he bebido

ANEXO 3

Índice Katz Evalúa la capacidad requerida para cubrir las necesidades personales habituales del anciano(a) como: comer, bañarse, vestirse, ir al retrete, trasladarse, tener continencia de esfínter. Precisar si estas actividades pueden ejecutarse sin ayuda, con alguna ayuda, o de ningún modo sin ayuda.

Ud. tiene independencia en :	Independencia	
	Si	No
1.-Bañarse		
2.-vestirse		
3.-Ir al retrete o baño		
4.-Trasladarse		
5.-Continencia de esfínteres		
6.-Alimentarse		

Escala de Evaluación:

- Independencia en: alimentación, bañarse, vestirse, movilidad, continencia, y uso del retrete.
- Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- Independiente para todas excepto bañarse, y otra función adicional.
- Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, y otra función adicional.
- Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, y otra función adicional.
- Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad, y otra función.
- Dependiente de las 6 funciones.

El paciente No.____ se evalúa: _____

ANEXO 4

Para la evaluación de la misma se dan las siguientes puntuaciones:

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE		SI	NO
*1.- ¿Está satisfecho con su vida?		0	1
*2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?		1	0
*3.- ¿Siente que su vida está vacía?		1	0
*4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?		1	0
*5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?		0	1
*6.- ¿Teme que algo malo le pase?		1	0
*7.- ¿Se siente feliz muchas veces?		0	1
*8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?		1	0
*9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?		1	0
*10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente		1	0
*11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?		0	1
*12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?		1	0
*13.- ¿Se siente lleno/a de energía?		0	1
*14.- ¿Siente que su situación es desesperada?		1	0
*15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		1	0
	Paciente No.:____ Puntuación total =_____		
INTERPRETACIÓN:	0 - 5 normal 6 - 9 depresión leve 10 o más depresión establecida		

