

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA

PREVALENCE OF MAJOR DEPRESSION IN ELDER PEOPLE ATTENDING A NATIONAL HOSPITAL IN LIMA

Magnolia Matutti Rosas^a y Orlando Tipismana Neyra^b
Universidad Científica del Sur, Perú

Recibido: 14 de agosto de 2016

Aceptado: 01 de diciembre de 2016

Como citarlo: Matutti, M. y Tipismana, O. (2016). Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un hospital de lima metropolitana. *Interacciones*, 2(2), 171-187

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es describir, analizar prevalencia y factores de riesgo predictivo asociado a depresión mayor, en adultos mayores atendidos en consulta ambulatoria de psiquiatría de un hospital, y en un grupo de adultos mayores no asegurados. Se evaluó a 79 adultos mayores no asegurados de una comunidad del Callao y a 221 pacientes con depresión y depresión comórbida, atendidos en consulta ambulatoria de psiquiatría. Se aplicó una encuesta de consumo de medicamentos. Los resultados indican que los factores demográficos son independientes de depresión en ambos grupos ($OR=1.792$, $IC95\%=0.573-5.606$, edad; $OR=1.123$, $IC95\%=0.435-4.768$, sexo; $OR=2.344$, $IC95\%=0.325-16.928$, autopercepción de salud; $OR=1.905$, $IC95\%=0.642-2.434$, depresión; $OR=1.250$, $IC95\%=0.642-2.434$, consumo de medicamentos; $OR=1.260$, $IC95\%=0.763-2.084$, número de enfermedad). Las personas no aseguradas evidencian depresión comórbida con diabetes mellitus, HTA, Artrosis, encontrando mayor frecuencia en mujeres de 60 a 75 años que en mujeres de 76 años a más.

Palabras claves: *adulto mayor, depresión mayor, comorbilidad, factores de riesgo*

ABSTRACT

Objective: To describe, analyze prevalence and predictive risk factors associated with major depression, seniors attended outpatient psychiatric, and uninsured. **Material and Methods:** 79 elderly uninsured community surrounding Callao to EsSalud, Survey of Drug Consumption applies; and 221 patients with depression and comorbid depression, diagnosed in Psychiatry Clinic. It was used, the Drug Consumption Survey. **Results:** Demographic factors are independent of depression in both groups ($OR = 1.792$, $95\%CI = 0.573-5.606$, age; $OR = 1.123$, $95\%CI = 0.435-4.768$, sex; $OR = 2.344$, $95\%CI = 0.325-16.928$, health self-perception; $OR = 1,905$, $95\%CI = 0.642 -2.434$, depression; $OR = 1.250$, $95\%CI = 0.642-2.434$, drug use; $OR = 1260$, $95\%CI = 0.763-2.084$, disease number). Uninsured comorbid with depression show DM, hypertension, osteoarthritis, and women age 60-75 It is more frequent than in Group 76 more assured, presents qualitative spectrum same trend groups have depression and comorbidity. **Conclusion:** Both groups have depression and comorbidity, even though it is depth analysis needed to confirm data with others.

Key words: *elderly, depression, comorbidity, risk factors*

^a Especialista en psiquiatría.

^b Psicólogo clínico. Correspondencia: orlandotipismana@gmail.com

Desde la perspectiva del modelo de depresión de inicio temprano (EOD, por sus siglas en inglés) y depresión de inicio tardío (LOD por sus siglas en inglés) (Sachs-Ericksson et al, 2013), enfocaremos nuestro análisis para precisar por qué es necesario realizar estudios de mayor escala y alcance. Con *mayor escala*, nos referimos al involucramiento de más especialistas en psiquiatría en investigación; y a *mayor alcance*, es decir investigaciones que comprendan no sólo los aspectos prevalentes y factores predictivos, también que involucre la intervención de estos especialistas en los niveles primarios, ya que es, a este nivel, donde más se observa la intervención biomédica a este problema de salud pública, que se incrementa en proporción y magnitud en la salud de las personas adultas mayores.

En las últimas décadas, se conoce que el proceso de envejecimiento normal implica cambios fisiológicos, psicológicos y sociales a partir de los 60 años; estos cambios son coincidentes con los hallazgos de la sociomedicina al establecer que entre los 60 a 65 años comienza el fin de la etapa laboral, la aparición de problemas de salud con más frecuencia que en otras etapas, deterioro progresivo de capacidades físicas y cognitivas, pérdida de autonomía que puede ser causa de ansiedad, aislamiento social, aparición de síntomas depresivos que no necesariamente pueden afectar la dinámica psicofisiológica y social el adulto mayor, pero que su implantación, recurrencia y acentuación de los signos y síntomas pueden repercutir en la salud.

Por tanto, la aparición del diagnóstico de depresión en poblaciones geriátricas la probabilidad de deterioro cognitivo, fisiológico neurológico, como cardiovascular implicará, una mayor repercusión y severidad en el impacto en su salud global (Linares y Garcés, 2016). La EOD y LOD estarán más asociadas a deterioro cognitivo, psicossocial y funcionamiento neurológicos como la presencia de comorbilidad de otras patologías crónicas, degenerativas que son muy comunes en estas etapas de la vida. La EOD se asocia con una mayor gravedad del trastorno depresivo y la LOD se asocia a cambios cognitivos y neurológicos más graves. Estas diferencias son relevantes para comprender mejor el deterioro cognitivo en la depresión geriátrica.

Las evidencias destacadas preliminarmente, nos permiten conocer el valor predictivo de la

depresión como factor de riesgo para enfermedades neurológicas, cardiovasculares, infarto agudo de miocardio entre otros; pero a su vez, nos formulamos la siguiente pregunta ¿Qué factores predictivos coactúan en la aparición de depresión en el adulto mayor? ¿Cuál es su prevalencia y su relación a la aparición de otras patologías?; y ¿Cómo los factores predictivos previos y propios de la depresión, inciden en la aparición de patología asociada?

Dos aspectos previos a destacar: (i) En casi todos los trastornos psiquiátricos está en relación con un curso más grave de la enfermedad durante la vida útil. Los episodios depresivos en la infancia y adolescencia, en lugar de los que están en edades más avanzadas, predicen más episodios y mayor duración de la depresión en la vida adulta (Kendler et al; 1993; Mondimore et al, 2006; Parker, Wilhelm y Asghari, 1997; Piccinelli y Wilkinson, 2000) en consecuencia tienen un curso más crónico de la enfermedad (Zisook et al., 2007); (ii) Los estados depresivos en adultos mayores son frecuentes y de diagnóstico difícil, las dimensiones sociales, psicológicas, ambientales y biológicas están entrelazadas en esta patología. Es relativamente frecuente un episodio depresivo mayor en adultos que viven en la comunidad, que los que están en algún centro geriátrico (Ávila-Oliva, Morales y Mora, 2007).

Muchos autores, coinciden en que la edad y el sexo suele ser un factor de riesgo en relación con la depresión mayor. El estudio Whitehall II, durante 18 años investigó la frecuencia de síntomas depresivos y cognitivos, encontrando que las personas de mediana edad estaban en mayor riesgo de deficiencias cognitivas (Ferrie et al., 2011); sin embargo, en 2006, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, publicó un informe acerca del impacto de la depresión en la tercera edad. La depresión aumentará de manera constante tanto en edad como en género durante el próximo medio siglo (2005- 2050), incluso si la actual incidencia de la depresión fuera constante para los próximos años, un factor clave involucrado en esta tendencia se relaciona con el cambio demográfico que daría lugar a un mayor tamaño de la población en edad avanzada y por lo tanto aumentar el número de ancianos con depresión. Sólo en los Estados Unidos, se estima que en año 2050 basado en los diagnósticos realizado para la depresión en los últi-

mos años, se incrementará más en las poblaciones mayores de 65 años que las poblaciones de 18 a 64 años (Heo et al., 2008).

En 1982 – 1983, en 1486 personas de 65 años a más, en un estudio prospectivo de una muestra aleatoria, 1070 entrevistados en una comunidad utilizando el Cuestionario de Historia Social y el Cuestionario de Estado Mental Geriátrico realizado durante 3 años y, al tercer año se utilizó el programa informático de diagnóstico AGE-CAT, se diagnosticó 44 casos de depresión. El grupo con depresión se comparó con un grupo control (que excluye los casos de enfermedad mental afectiva), se utilizaron entrevistas iniciales y posteriores al grupo deprimido. Mediante el análisis univariante se generó 3 factores que se asociaron significativamente con el desarrollo de la depresión al tercer año. Estos tres factores son: La falta de satisfacción con la vida, sentimientos de soledad; y el tabaquismo. Con el análisis multivariado se confirmó sus efectos independientes y se encuentra 2 factores adicionales significativos: El sexo femenino y un factor desencadenante, el duelo cercano a los seis meses del diagnóstico. Sin embargo, otros factores tradicionalmente asociados a depresión tales como: condiciones de vivienda, estado civil y, vivir solo, no logró alcanzar importancia como factores de riesgo (Cope-land et al, 2004).

En 2004, estudios multicéntricos realizados en poblaciones europeas (9 centros de Salud), utilizando la Escala Geriátrica Mental (GMS) AGE-CAT, al compararse la prevalencia de los diagnósticos en personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, los niveles de trastorno depresivo fueron: 8.8% en Islandia, 10.0% en Liverpool, 10.7% en Zaragoza, 12.0% Ámster-dam, 16.5% Berlín; 17.3% Londres, 18.3% Verona y 23.6% en Múnich. Cinco centros presentaban altos niveles de depresión (Ámsterdam, Berlín, Múnich, Londres y Verona) y Cuatro centros con bajo niveles (Dublín, Islandia, Liverpool, Zaragoza. Mediante meta-análisis, arrojó un nivel medio en el 12.3% para depresión (IC 95% 11.8 a 12.9), 14.1% para las mujeres (95% IC 13.5 – 14.8) y el 8.6% para los hombres (95% IC 7.09 a 9.3). En relación con los niveles de síntomas de depresión, varió entre los Centros en un 40% de la población total estudiada en Ámsterdam, frente a un 26% en Zaragoza. Para incorporar a los otros centros de salud estudiados, se incorporó la escala

“EURO-D” para la depresión, instrumento desarrollado a partir del uso de 12 ítems de la SMG, validados contra otras escalas más el diagnóstico de los expertos. Se utilizó un análisis de dos factores: un “Factor de Sufrimiento” y un “Factor de motivación. La Escala EURO-D al ser aplicada a la población objetivo, demuestra que la puntuación de la depresión tiende a aumentar con la edad a diferencias de los niveles de la prevalencia de depresión. Existen grandes diferencias entre los centros en los niveles de depresión no explicados por la edad, sexo, estado civil. Estos datos demuestran que los niveles de síntomas depresivos varían significativamente entre los centros, lo que conlleva a realizar un estudio para identificar los factores de riesgo prevalentes en Europa. La misma tendencia se encuentra en 2011, en estudios de revisión confirmar hallazgos de depresión en adultos en comunidad que hayan tenido depresión en etapas tempranas de la vida, depresión subsindrómica o leves, deterioro cognitivo, más frecuencia de consultas médicas, se asocian problemas neurológicos, comorbilidad como deterioro de la calidad de vida, presencia de síntomas positivos, menor proporción de personas de confianza, mal afrontamiento al uso de medicamentos, problemas de conflictos para controlar la ansiedad y otras situaciones estresantes (Felmet, Zisook y Kasckow, 2010).

La diabetes mellitus (DM) es quizás la patología más frecuentemente estudiada, ya que implica otros trastornos asociados como Hipertensión Arterial, Problemas Cardiovasculares y Renales. Se estima que un 25% de mujeres y 16 de varones tendrán un episodio depresivo mayor durante su vida; en pacientes con el diagnóstico de DM tipo 2 hay depresión comórbida en el 20% de la persona. En estudios metanalíticos se establece un vínculo bidireccional entre la depresión y la DM. La mayoría de estos pacientes tienen una peor adherencia a la dieta, dejar de fumar, hacer ejercicios y someterse a un régimen terapéutico medicamentoso para controlar la DM. Se encuentra además que la depresión tiende asociarse con el incremento de los niveles de cortisol, desregulación del sistema nervioso y aumento de la inflamación, patrones fisiológicos que empeoran el control glucémico y por consiguiente a incrementar el riesgo de complicaciones microvasculares y macrovasculares, lo que podría aumentar la tasa de mortalidad en esta cohorte, aun cuando en

muchos estudios identifican la independencia como factores de riesgo de la DM y depresión para demencia.

Estudios metanalíticos encuentran un aumento del 47% de riesgo de DM para todas las causas de la demencia y, dos estudios metanalíticos encuentran la depresión duplicó el riesgo para todas las causas de demencia. Estudios adicionales encuentran que la depresión comórbida y DM tipo 2 se asocian dos veces mayor el riesgo de desarrollar demencia en comparación con la presencia de DM sola. En un estudio de 29 000 pacientes con DM tipo 2 con el objeto de desarrollar un modelo predictivo de riesgo a 10 años para la demencia, identificó a la depresión como un factor de riesgo importante. Otros estudios realizados de un ensayo clínico aleatorizado, orientado a realizar un control óptimo de factores de riesgo de glucemia y pacientes cardiovasculares en pacientes con DM encontraron que las personas con DM tipo 2 y depresión comórbida en comparación con solo DM, tenían un mayor riesgo de deterioro cognitivo durante un periodo de 40 meses (Katon et al., 2015). Otros estudios de cohortes de DM y depresión no pudieron determinar si las personas con depresión y DM tengan un elevado riesgo para la demencia debido a un aditivo (o más que un aditivo) o la interacción entre las dos. Un estudio de cohorte en poblaciones de 2,4 millones de adultos, cuyo objetivo estudiar el riesgo de todas las causas de demencia entre las personas con DM, la depresión o ambos en comparación con personas que no tenía ninguna de esas condiciones, se encontró un aumento de la incidencia de DM en grupos más jóvenes, considerando las diferencias demográficas, clínicas y de pronóstico de los pacientes que desarrollaron DM en grupos de edad media y adultos mayores, también se examinó si la edad (<65 vs ≥65 años) modificó el riesgo para todas las causas de la demencia en esta población.

En Países Bajos, Steenbergen-Weijnenburg (2013), realizó estudio amplio respecto de la comorbilidad y multimorbilidad, encontrando que la prevalencia de depresión en DM y depresión comórbida está presente en el 26% de los casos estudiados; comparativamente este patrón es alto, ya que en poblaciones generales la depresión es de 7 a 16% y sin DM 7% (Egede, Zheng & Simpson, 2002; Kendler et al, 1993), es probable entonces que la gravedad de la enfermedad médi-

ca al relacionarse positivamente con la depresión, una posible explicación de esta prevalencia es que los pacientes en este estudio presentan una mayor severidad de la enfermedad médica que la población general, pero menos enfermedades médicas graves que los pacientes atendidos en las unidades especializadas a nivel clínico. Por otro lado, las relaciones entre neuropatía y nefropatía en pacientes diabéticos con depresión eran significativas coincidentes con la propuesta de Poongothai et al. (2011), también encuentra que al relacionar enfermedad vascular periférica y retinopatía eran significativas con depresión; Odusan, Ogunsemi & Olatawura (2012) confirman esa relación positiva entre retinopatía, nefropatía y neuropatía con depresión. Steenbergen-Weijnenburg (2013) plantea la siguiente pregunta ¿por qué en este estudio la retinopatía no estaba significativamente relacionada, mientras que la neuropatía y la nefropatía? Una explicación propone, que dependería de la gravedad de la retinopatía y, es coincidente con los hallazgos de Hirai et al. (2012) que los pacientes diabéticos más graves con retinopatía y discapacidad visual presentaban puntuaciones más altas para depresión, corroborando la tendencia en otras culturas en la que se postula la hipótesis que: a mayor gravedad o discapacidad de una enfermedad médica, mayor será la presencia de depresión asociada además el factor de la edad.

En desórdenes neurológicos; el 50% de pacientes epilépticos desarrollan un síndrome conductual o déficit cognitivo y muestran síntomas psiquiátricos interictales, por lo regular afecta la vida social y laboral, por lo que es conveniente realizar un diagnóstico psiquiátrico diferencial. En este caso, la depresión como disfunción neurológica no necesariamente es reacción secundaria y frecuentemente la severidad de la depresión no correlaciona con la severidad del trastorno motor (Corona-Vázquez, 2002).

En la mayoría de los padecimientos neurológicos siempre estará presente el síndrome depresivo y aumenta significativamente el espectro del síntoma neurológico. Por ejemplo, se ha demostrado que la enfermedad cerebrovascular como las microangiopatía isquémica contribuye a la patología de la depresión mayor geriátrica de inicio tardío. En diagnósticos por imágenes se observa microintensidades de señal en la sustancia blanca profunda que pueden secundar cam-

bios estructurales cerebrales en los lóbulos frontales. A partir de estos resultados surge la hipótesis que entre personas ancianas con depresión mayor existe un subgrupo de individuos con la denominada “depresión vascular” (Alexopoulos et al., 1997), aun cuando Martín-Carrasco et al. (2011) en un estudio por criterio de jueces expertos concluyen que, si bien existe consenso pleno en la relación entre “depresión vascular” y resulta de utilidad clínica, quizás todavía persiste controversias al respecto y su relación con un peor pronóstico podría ser más que evidente (Mitchell y Subramanian, 2005). Es importante también que este concepto de depresión vascular hace referencia más a la depresión de inicio tardío, en el diagnóstico por imagen se encuentra infartos cerebrales y la presencia de un factor de riesgo cardiovascular, presencia de déficit cognitivo y pobre respuesta a fármacos antidepressivos (Ramos-Ríos, Barreiro, Varela-Casal y Viral, 2007). En enfermedades escleróticas, tumorales y traumáticas cuando todas estas patologías están asociadas a depresión mayor (Corona-Vázquez, 2002). En general el pronóstico puede ser variable, pero es más desfavorable en edades avanzadas. Entre los motivos más destacados del pronóstico tenemos: Magnitud del efecto de la edad y varía con las diferentes medidas del curso clínico; el tamaño de efecto; y, diferenciación entre edad de inicio del primer episodio depresivo entre otros.

Surtess et al. (2008) informan que la proyección de salud para 2030, los trastornos depresivos unipolares y las cardiopatías isquémica se situaran entre las tres causas principales (junto con el VIH/SIDA) de carga de enfermedad en todo el mundo y coincide con otras evidencias al respecto. La cardiopatía y la depresión presentan comorbilidad bidireccional y se asocian un deterioro físico sustancial y por lo general equivalente. En consecuencia, la asociación entre cardiopatía isquémica con la depresión mayor demostrado está en estudio de cohorte longitudinal de más de 6 años en la que se incluyeron criterios de reciente inicio, recurrencia, cronicidad y edad de inicio. Se constata que la depresión de reciente inicio era el factor que se asociada más estrechamente con la mortalidad. Esta asociación fue independiente de los factores de riesgo establecidos de cardiopatía isquémica y no se reduce a lo largo de varios años. Estudios metanalíticos no necesariamente apoyan dicha asociación y tasa de mortalidad con

independencia de otros factores de riesgo como hábito tabáquico, ejercicio físico, consumo de alcohol y obesidad y existe cierta uniformidad con el sexo y que podrían variar en función de los antecedentes de depresión (definidos a partir de la edad de inicio y por las medidas de lo reciente de la enfermedad, recurrencia y cronicidad). También se puede observar en mujeres la relación entre depresión y cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular. En un estudio prospectivo con 63469 mujeres menores de 53 años, se observa que las mujeres con síntomas depresivos se vinculan con cardiopatía coronaria y esta relación estrecha para cardiopatía fatal en la que la asociación sigue siendo significativa aun después de controlar los factores de riesgo de cardiopatía coronaria (Whang et al., 2009).

En cardiopatías coronarias, se encuentran otras asociaciones como el aumento de la tasa de obesidad, diabetes, hipertensión dislipidemia, estilo de vida sedentario unas dietas pobres pueden agravar el problema de la cardiopatía y asociarse a depresión. En estudios realizados en diversas ciudades del Brasil, según el reporte de la Asociación Brasileña para el Desorden Bipolar (ABTB-BD) se encuentra una alta asociación entre estas entidades clínicas (Gomes et al., 2013); datos corroborados por Whang et al., al analizar la relación preexistente y riesgo de desenlaces de cardiopatía coronaria en mujeres sin cardiopatía coronaria, que incluyen hipertensión, diabetes, colesterol alto, tabaquismo, obesidad hacer poco ejercicio.

Por otro lado, se pone de manifiesto que, a pesar que el trastorno depresivo mayor no es tan frecuente en la vejez como lo sostiene Gatz et al., 1993; es probable que la depresión subclínica, es decir la presencia de sintomatología depresiva que no alcanza los criterios de depresión mayor sería distinta en la vejez comparativamente con otra edad. Sin embargo, otros autores arriba citados, concuerdan que la existencia de depresión es más prevalente en la vejez. Pero revisiones sistemáticas en 51 artículos en inglés publicados a partir del año 2000, en bases de datos PsycNet, Ebsco y Science Direct, revela que existe una alta comorbilidad de la depresión en adultos mayores (Bastidas-Bilbao, 2014). Estas observaciones en adultos mayores, destacan comorbilidad con enfermedad cerebrovascular, diabetes, Alzheimer y parkinsonismo con sintomatología similar

a depresión debido al deterioro que genera. Este análisis, permitió además observar que estas enfermedades pueden anteceder a la depresión sin necesidad de un vínculo anatómico-funcional directo, además existen una gran cantidad de implicancias sociales. La depresión en sí mismo viene a convertirse en un factor de riesgo para una mayor incidencia cerebrovascular y diabetes, aun cuando se recomienda realizar estudios longitudinales con el fin de caracterizar pormenorizadamente el curso etiológico de la depresión.

Quizás, un factor de riesgo poco abordado en las investigaciones, pero frecuentemente mencionado está relacionado con la violencia. En Perú, el patrón de violencia social en las décadas del 80 al 90 planteó la necesidad de evaluar las condiciones de la población vulnerable, es decir, niños y ancianos, en un estudio realizado por Rondón (2006), estima que casi el 50% de la población en la ciudad de Ayacucho presenta mayor riesgo de presentar enfermedades mentales, tales como depresión, trastorno por estrés traumático, incremento en las tasas de abuso de alcohol, generando pérdidas en términos de años de vida sana, se sabe que en 2002 las DALY (disability adjusted life year) perdidos por enfermedades neuropsiquiátricas en el Perú (estimados por OMS) eran del orden de 1078, de los cuales 336 correspondían a las pérdidas por depresión unipolar. Estos datos son corroborados por Inga-Aranda y Vara-Horna (2006) al establecer que los datos sociodemográficos utilizados en 122 ancianos corresponden a la población nacional e internacional de adultos mayores, además de establecerse que a pesar de tener una buena satisfacción vital, sin embargo, señalan que hay un mayor nivel de insatisfacción en aspectos como debilidad corporal, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, soledad o desesperanza; además de asociarse un factor de resentimiento; este factor está más asociado a la satisfacción de vida en los adultos mayores, nivel de instrucción, apoyo social recibido, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato familiar y densidad amical, asociado a ello, la creciente banalización y a menudo considerados como una consecuencia del envejecimiento del ser humano.

A nivel Latinoamérica Tamayo, Rovner y Muñoz (2007) en un estudio revisión desde 1961 a 2006, a través de las base de datos MedLine, EMBASE, PAHO y LILACS, encuentran que los

síntomas somáticos con depresión mayor son frecuentes y probablemente más que otras poblaciones, que afectan significativamente la respuesta al tratamiento, se asocian a mayor refractariedad y cronicidad y no siempre tenidos en cuenta en la práctica psiquiátrica de algunos países Latinoamericanos, donde la práctica usual del prescribir dosis bajas de antidepresivos podría comprometer el control de síntomas somáticos residuales y asociarse a mayores tasas de recurrencia. En Perú, se agrega una característica clínica importante, es que esas tasas de recurrencia, va de la mano con altas tasas de rehospitalizaciones; en un estudio longitudinal de 276 pacientes adultos mayores asociado a dependencia funcional, falta de control ambulatorio y compromisos pulmonares, la tasa de rehospitalización fue del 14%; en un centro de salud del Callao, se encuentra que de 301 adultos mayores evaluados con una Escala de Valoración Clínica del adulto mayor, se establece que por lo general las poblaciones mayormente expuestas son las mujeres entre 60 y 69 años (69.8%), se le considera un adulto frágil a un 31.9%, es decir que estos pacientes estarían en mayor riesgo de exposición a comorbilidad, además de encontrarse en riesgo social (79.4%); carecer de seguro social (42.5%), artrosis (33.6%) y el antecedente de tuberculosos estuvo presente en el 6.6%; las mujeres tienen una peor situación sociofamiliar, pobre valoración funcional y clínica.

Jausent et al (2011) valida estas evidencias, además de una baja calidad de vida, pérdida de la autonomía, mayor riesgo de suicidio, un mayor factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, estima que al asociarse la alteración del sueño; éste factor (el sueño) es parte esencial de un algoritmo clínico, ya que perturba la actividad de la monoamina; la alternación del sueño mediante complejos mecanismos puede alterar mecanismos fisiológicos en pacientes con antecedentes familiares con depresión; en pacientes sin depresión pero con antecedentes familiares también el sueño, puede ser un factor de riesgo de contribuir a la aparición de depresión en el anciano; investigaciones a nivel de los mecanismos del sueño REM, sistema circadianos y respuestas inducidas por el estrés y la excitación posterior de hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal o, alternativamente, mediados por un aumento de la activación de los mecanismos del sueño REM, la

relación cuando a factor de riesgo puede ser bidireccional entre sueño-depresión, depresión-sueño. Es evidente que los estudios de seguimiento se han limitado a solo uno o dos años, pero es posible que la alteración del sueño sea un factor predictivo para la aparición de depresión o en su defecto es un indicador específico de la depresión mayor de inicio tardío (LOD) en el anciano.

El insomnio se asocia frecuentemente con somnolencia en las personas en edad avanzada y los dos pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud y el funcionamiento cotidiano. Se asocia a altas tasas de over-counter de compra y prescripción de medicamentos antidepresivos e hipnóticos, sin embargo, rara vez se han tenido en cuenta en los estudios prospectivos de alteración del sueño y depresión. Muchos estudios realizados en adultos mayores sugieren que la recurrencia de depresión podría ser predicha por la alteración del sueño independientemente de la ingesta de antidepresivos. Datos que los posibles efectos de los medicamentos para dormir en la modificación del insomnio y EDS, también pueden contribuir de manera independiente al riesgo de desarrollar síntomas depresivos.

Otro factor importante es el dolor, en particular al dolor percibido. Un estudio transversal para conocer la relación entre intensidad percibida del dolor, el estado de ánimo y la calidad de vida en pacientes hospitalizados, se demuestra que hay un empeoramiento en cada una de las áreas de calidad de vida, así como ansiedad y depresión con la EADG, conforme la intensidad del dolor aumenta (Molina, Figueroa y Uribe, 2011). Diversos autores que trabajan en el tema del dolor (López, Sánchez, Rodríguez y Vázquez, 2007; Vallejo, 2008; Villar 2006) corroboran lo hipótesis de Villar (2006), este sostiene que “aunque el dolor es algo muy subjetivo, entender las vías que subyacen para la percepción del dolor aporta muchas pistas para su mejor control. Según indica, el dolor no es experimentado por todas las personas de la misma manera, por que sugiere que se consideren los aspectos neurofisiológicos, hormonales, culturales, contextuales y psicológicos involucrados, Villar destaca, además, que el “dolor no puede (no debe) ser reducido a la neurofisiología o a la farmacogenética” al parecer los pacientes depresivos mayores de 75 años tienden a presentar mucha mayor tensión física y la presencia de algún problema físico o algún tipo de

discapacidad física. Se concluye que el episodio depresivo en el adulto mayor de Lima Metropolitana y Callao estuvo asociado con tensión generada por la salud física, presencia de algún problema físico, discapacidad física y con haber experimentado dolor; en otros estudios con este mismo grupo de edades, suelen asociarse factores de riesgo como el duelo, aislamiento social, enfermedades somáticas; corrobora la presencia de las enfermedades somáticas, deterioro funcional (Vives et al, 2013). La depresión “larvada” suele expresarse con síntomas de tipo somático, con frecuencia de tipo doloroso, resultado de algún trastorno por somatización o ser parte de un trastorno afectivo. Esto se fundamenta en la frecuente existencia de depresión en trastornos de somatización. En mujeres mayores de 60 años, se reportaron síntomas de depresión y ansiedad acompañados de al menos, algún síntoma doloroso durante más de seis meses; en mayoría de mujeres mayores de 60 años coexisten la presencia de síntomas somáticos dolorosos con trastornos ansioso-depresivo; además de mayor asociación con factores asociados al declive funcional y mejora, sobre todo en poblaciones mayores de 75 años (Réjean H., Brayne C., Spiegelhalter D., 1999), datos muy parecidos a la población Cubana en cuando a somatización, limitaciones de la vida diaria y mayor tasa de somatización.

Quizás, uno de los mayores problemas que se observa es el uso inadecuado de medicamentos en adultos mayores, en Perú representa un verdadero problema de salud pública, probablemente mayor que en otras culturas por el escaso control existente en el expendio de estos fármacos. El mismo incremento de la expectativa de vida (Población adulta mayor de 60 años en 1980 estimada en 962 339; a 3 011 050 estimada a 2015; considerar que de 1980 la población mayor de 80, creció de 61 000 a 367 400; y estima para 2050 en 8 738 032; destacándose que la población mayor de 80 años será de 1 515 186, según datos del INEI, 2009). Desde esta perspectiva, incidir en estudios rigurosos en la población mayor para el uso de medicamentos se hace necesario porque el uso inapropiado de ellos implica un potencial riesgo de reacciones adversas, condicionando cambios asociados con el envejecimiento, ya sean farmacocinéticas o farmacodinámicas (Regueiro M et al. 2011). Diversos autores reportan que el uso de medicamentos en adultos mayores de 65 años por lo regu-

lar es proporcionado por especialistas, pero en poblaciones mayores de 75 años son quienes tienen la tasa de beneficio/riesgo mayor en el uso de muchos medicamentos en el tratamiento y por lo tanto las consecuencias se vuelven críticas o impredecibles; además es importante destacar que la cantidad y cronicidad del consumo de medicamentos en estas edades es elevada (Suárez-Varela, Castelló, Arnau, & González, 1998), aunque estos estudios tienen relación con otros estudios españoles con similar metodología, el régimen de prescripción parece sencilla para las personas mayores, pero también se reporta que la tasa de mortalidad por uso inapropiado de medicamentos es alta, sobre todo en enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida (Suárez-Varela et al., 1995); otros estudios sostienen además, que hay una relación directa entre factores sociodemográficos y prescripción de medicamentos tranquilizantes para el sueño, aun cuando hay mayor efecto en la edad y el género por el uso de estas píldoras que otros factores sociodemográficos (Wells et al., 1985).

Regueiro et al (2011) considera necesario que el uso de medicamentos que debieran ser evitados por inefectivos o tener un riesgo innecesariamente alto, según los criterios de Beers, como las benzodiazepinas en dosis altas; con la lista PRISCUS, se identificó al alprazolam como un medicamento potencialmente inapropiado y con los criterios STOPP se identificó errores en el tratamiento, siendo los más frecuentes el uso de inhibidores de la bomba de protones en úlcera péptica durante más de ocho semanas, bloqueantes cálcicos en pacientes constipados, aspirina en dosis superiores a 150mg/día, uso prolongado de AINE para dolor articular leve en artrosis y benzodiazepinas en pacientes propensos a caídas (uno o más caídas en los últimos tres meses). Otros estudios, como el realizado por Valenstein et al. (2004) también reporta que en pacientes con depresión tratados en unidades de salud mental, recibían habitualmente un tratamiento prolongado con benzodiazepinas junto con antidepresivos, una pauta de tratamiento que no se ajusta a las recomendaciones de los protocolos terapéuticos. Los pacientes ancianos tienen una mayor probabilidad de recibir benzodiazepinas, aun cuando recomienda que se requiere de mayores estudios para examinar la eficacia de esta práctica tan extendida.

Gerson y cols al comparar 41 estudios farmacológicos con cuatro estudios psicoterapéuticos realizados en pacientes de 55 años a más, se observa que los medicamentos hay una mejoría significativamente mayor que con la psicoterapia, sin embargo estas diferencias desaparecen cuando se controlaron estadísticamente la depresión basal, en este estudio al analizar exclusivamente la depresión mayor impidió que se pudieran sacar conclusiones sobre los tratamientos sobre otros tipos de depresiones (Pinquart et al, 2006). Sin embargo, en la actualidad el uso de la agomelatina, si bien ofrece un efecto excelente en el tratamiento de la depresión mayor grave en ancianos sin efecto adversos graves, no todos los ancianos, tienen la posibilidad de acceso y de uso. Otros estudios consideran que la mayoría de médicos de atención primaria y psiquiatras coinciden en el uso de ISRS como fármacos de primera elección. Pero en psiquiatría si bien los más uso son los ISRS, también utilizan la venlafaxina, ansiolíticos, mirtazapina, reboxetina en comparación con los de AP que utilizan más ansiolíticos; en estos estudios se concluye que a pesar de ser bueno el abordaje terapéutico medicamentoso, se pone de manifiesto una serie de carencias y aspectos que necesitan ser mejorados, tales como el tiempo de consulta, coordinación entre AP y psiquiatría, listas de espera, dotación de medios a los centros de salud Mental; sin embargo Sirey, Bruce y Alexopoulos (2005) confirman la pertinencia de una intervención terapéutica bimodal (programa temprano –TIP-, más antidepresivos), resulta más consistente.

En general, se acepta que las diversas variables basales sociodemográficas como predictoras en mayor o menor medida de la evolución crónica de los trastornos depresivos. Sexo, edad de comienzo y presencia de antecedentes familiares, aunque pueden citarse muchos más controvertidos, al parecer vendrían a ser los factores prevalentes en la depresión mayor en el adulto; pero a su vez, hay concordancia que la comorbilidad multimorbilidad también vendrían a ser factores en un sentido bidireccional de la presencia de depresión o éste trastorno generador de patología médica no psiquiátrica. Muchos estudios de neuroimagen demuestran por lo general asociaciones positivas entre la presencia de alteraciones estructurales y por tanto un diagnóstico adverso de la depresión, tanto en la evolución hacia la cro-

nicidad como hacia la aparición de un síndrome demencial. Pertinente por tanto es precisar tres tipos de factores de riesgo: (i) Factores relacionados con el curso de la enfermedad (número de episodios y persistencia de los síntomas); (ii) Factores relacionados con las características clínicas propiamente dichas (presencia o ausencia de determinados síntomas o conjuntos de síntomas); y, (iii) Comorbilidad somática como psiquiátrica. Cabe advertir que muchas veces se incurre la falta de pericia para reconocer y diagnosticar la depresión como en el empleo de herramientas terapéuticas inadecuadas o, insuficientes. Considerable a todos estos factores, un cuarto factor poco tratado, es decir la Adherencia al tratamiento a largo plazo de la depresión. (Martín-Agueda et al., 2007)

Es importante destacar que en la mayoría de los contextos analizados corresponden a culturas occidentales o pro-occidentales. Moreira (2007) establece que es necesario considerar a la depresión occidental los factores culturales, al haberse comprobado la participación de ella en las depresiones. Se asume, que la cultura es un constituyente de la depresión; existen ciertas similitudes culturales en cada uno de ellas, además que se podría asumir que la depresión es una “depresión mundana”, y su repercusión crítica, se expresaría más en los grupos de mayor riesgo, como los niños adolescentes y ancianos.

Objetivos

a) Describir la prevalencia y factores de riesgo predictivo asociado a depresión en Adultos Mayores atendidos en el Consultorio de Psiquiatría.

b) Analizar las prevalencias y factores de riesgo predictivo asociado a depresión en Adultos Mayores atendidos en el Consultorio de Psiquiatría.

MÉTODO

Tipo de Estudio

Para este Manuscrito (Revisión Histórico-Documental) se revisaron diferentes estudios de tipo transversal, prospectivo, metanalíticos, revisión, informes de consenso, informes transculturales, guías y algunas tesis relacionadas con la prevalencia y factores de riesgo predictivo a depresión mayor en adultos mayores (ver tabla 1). Estas publicaciones corresponden a los años 1995 a enero 2015.

Muestra

Además, consideramos esta revisión como un ensayo que contempla la descripción comparativa y analítica de los factores prevalentes al contrastar datos obtenidos de una muestra de 79 adultos mayores entre 65 a 75 años y de 75 años a más realizado en la población de la Ciudad del Callao entre los meses de enero a marzo de 2015,

Tabla 1
Criterios de Inclusión un Exclusión

Tipo de criterio	Inclusión	Exclusión
Base de datos	Base de datos en PubMed, WHO, PAHO, Researchgate, Psiquiatría.com., Dialnet, MedLine, LILACS, cruzando información europea, USA, española, Latinoamericana y Perú. Seleccionando artículos preferentes de: NIH-PA, JAMA, Revista de Salud Pública de España, Experimental de Salud Pública, INSMHNHD, entre otros	Se excluyen Tesis, información en la web incompleta, no indexada
Del tipo de estudio	Se eligieron preferentemente estudios prospectivos, longitudinales, de ensayo aleatorizado y metanalíticos, con muestras mayores a 50 sujetos, mayores de 60 años de ambos sexos.	Se excluyen todos los trabajos descriptivos con muestras menores a 49 sujetos, menores de 59 años
Base teórica	Estudios relacionados con prevalencia y factores predictivos según: Edad, sexo, Comorbilidad, multienfermedad, farmacológico	Se excluyen Variables sociales y psicosociales falta de consenso.

mediante un muestreo no aleatorio y por juicio del investigador. Estos casos corresponden a la Comunidad del Callao aledaña al Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (HNASS) y en su mayoría no son asegurados. Así mismo, se destaca los 221 casos de pacientes diagnosticados con Depresión en el Servicio de Psiquiatría del HNASS, atendidos entre los meses de enero a junio 2015. Estos pacientes son asegurados de EsSalud, sus edades oscilan entre 60 a 89 años (ver tabla 2).

Instrumento

Esta recolección de información preliminar al estudio sobre depresión en adultos mayores atendidos en el consultorio de psiquiatría del Hospital Nacional "Alberto Sabogal Sologuren" –EsSalud–, tiene un valor clínico epidemiológico, ya que utilizó una Encuesta sobre el Consumo de Fármacos en el Anciano, elaborado por el Raúl Pedrera Zamorano (1999), Universidad de Extremadura, España. Este instrumento consiste en 17 ítems (ver tabla 3).

Se omitieron los ítems 4 (Nivel de Instrucción); 5 (Categoría social); 8 (Contacto con los servicios sanitarios); al encontrar en la muestra más del 50% de pobladores con nivel de instrucción primaria, 60% no asegurados, y el 90% de nivel socioeconómico bajo.

Aspectos Estadísticos

1. Se utilizaron distribución de frecuencia y porcentaje.

2. Análisis de Razón cruzada (ODDS RATIO)

RESULTADOS

Se revisaron 150 estudios observacionales, prospectivos, de revisión y metanalíticos, relacionados a depresión mayor de inicio temprano (EOD) y Depresión de inicio tardío (LOD), principalmente de prevalencia y factores de riesgo. Se observan las prevalencias en diferentes contextos clínicos, comunitarios y transnacionales, con muestras representativas en edades de 60 a 75 y mayores de 76 años. De estos estudios se seleccionaron 50 artículos. En la tabla 4 se presenta los principales artículos que describen las prevalencias, los factores de riesgo, comorbilidad, uso de tratamiento medicamentoso en pacientes adultos mayores.

Para corroborar esta tendencia en el contexto local, principalmente la Provincia Constitucional de Callao, se realizó una recolección previa de datos en adultos mayores de 60 años a 75 y de 76 a más años. La encuesta establece que la mayor cantidad de la población estudiada refiere tener síntomas de depresión, sin tener en cuenta la edad y el sexo. Al realizar el análisis ODDS RATIO, se

Tabla 2

Distribución de la Muestra de Adultos Mayores Con diagnóstico de Depresión asegurados en EsSalud y Pobladores de la Ciudad del Callao

Casos	Contexto	Edad	N	n
Asegurados	Servicio Psiquiatría-HNASS	60 – 75 76 - 89	2 357	221
No Asegurados	Personas aledañas al HNASS	60 – 75 76 a más		79

Tabla 3

Contenidos de los ítems

Ítems	Nº	Ítems	Nº
Sexo	1	Deterioro cognitivo	7
Edad	2	Depresión	8
Estado Civil	3	Apoyo Social	9
Número de EC	4	ABVD/AIVD	10,11
Dificultad auditiva/visual	5,6	Consumo de Medicamento /CIPSAP-2	12,13

estable que la edad y el sexo no es un factor de riesgo para depresión. En otras palabras, ambas variables son independientes y el grado de probabilidad es bajo para estar asociados al obtener un IC 95 ODDS RATIO 0.573-5.606 para edad; 0.435 – 4.768 para sexo; existe independencia entre percepción de buena o mala salud y edad ODDS RATIO 2.344 IC 95% 0.324-16.928; tampoco se observa la probabilidad de asociación en edad y depresión, edad consumo de medicamentos y edad y número de enfermedades según el CIPSAP 2.

La misma tendencia se observa en la tabla 5, cuando se analiza la probabilidad de asociación entre las variables demográficas y depresión comórbida en los pacientes diagnosticados en el consultorio de psiquiatría del HNASS. Para ambas variables son independientes los IC 95%.

Sin embargo, desde el criterio cualitativo, la frecuencia de depresión y comorbilidad en los casos obtenidos de la comunidad, se observa mayor tendencia de frecuencia de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis. Hay mayor frecuencia en edades de 60 a 75 años que en edades de 76 a más.

En la figura 2, la misma tendencia, una alta frecuencia de artrosis en sexo femenino y en sexo

masculino mayor presencia de HTA y depresión en los casos de la muestra obtenida de la comunidad.

En la figura 3, se observa una alta prevalencia en los pacientes diagnosticados con depresión y comorbilidad. Según la edad, los pacientes de 60 a 75 presentan mayor comorbilidad que los pacientes con 76 a más años. En relación con el diagnóstico de depresión, los pacientes de 60 a 75 años tienen mayor prevalencia que los pacientes de 76 a más.

En la figura 4, se observa que los pacientes de sexo femenino presentan mayor comorbilidad que los pacientes de sexo masculino; de igual manera los pacientes de sexo femenino presentan mayores tasas de depresión que los pacientes de sexo masculino.

DISCUSIÓN

Los resultados preliminares presentados desde una perspectiva cualitativa demuestran los hallazgos encontrados en diversos estudios, respecto de la prevalencia y factores de riesgo predictivo asociados a depresión. En la figura 1 a 4 se observa esa tendencia. En la figura 1, nos describe que la prevalencia de depresión según edad y sexo

Tabla 5

Variables Demográficas y clínicas de adultos mayores de la comunidad del Callao, Enero 2015

<i>Variable de análisis</i>	<i>Razón de probabilidad</i>	<i>IC 95%</i>
Edad (60-75; 76 a más)	1.792	0.573 – 5.606
Sexo (Femenino frente a masculino)	1.123	0.435 - 4.768
Edad (autopercepción mala y buena))	2.344	0.324 – 16.928
Edad (depresión y sin depresión)	1.905	0.613 – 5 918
Edad (consumo de medicamentos y no consumo)	1.250	0.642 – 2.434
Edad (CIPSAP Enfermedades y no enfermedades)	1.260	0.763 – 2.084

Tabla 6

Variables Demográficas y Diagnóstico de Depresión y Depresión comórbida de pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría, HNSS, junio 2015

<i>Variable de análisis</i>	<i>Razón de probabilidad</i>	<i>IC 95%</i>
Edad (60-75; 76 a más)	1.584	0.830 – 2.889
Sexo (Femenino frente a masculino)	0.548	0.220 – 1.360
Edad (Depresión frente a comorbilidad)	1. 812	0.968 - 3.324
Sexo (Depresión frente a comorbilidad)	1. 826	0.735 - 4. 536

Tabla 4

Principales estudios que indican los Factores de Riesgo Predictivo en Adultos Mayores con Depresión Mayor

Autor (es)/País (es)	Año	Tipo de estudio	Muestra	Contexto de estudio	Resultados principal
Felmet et al (USA)	2011	Revisión		Clínico especializado	Pertinencia del tratamiento Farmacológico y Psicosocial en Depresión comórbida
Margalida Vives et al (España)	2013	Observacional	<i>n</i> =426	AP	Depresión es prevalente en la población con alta comorbilidad.
Crespo et al (España)	2001	Observacional	<i>n</i> =10003	Multicéntricos	Alta prevalencia de pacientes adultos que requieren de evaluación psiquiátrica y califican para depresión.
Mitchell y Subramaniam (Europa)	2005	Revisión de estudios comparados		Clínico	Importancia de relacionar los factores y no la edad propiamente dicha, mayor probabilidad de pronóstico desfavorable en etapas tardías
Urbina Torrija et al (España)	2007	Observacional	<i>n</i> =417	Comunitario	Prevalencia alta de depresión en personas mayores de 64 años en la comunidad
Gomes F. et al (Brasil)	2012	Observacional	<i>n</i> =159	Programa PRO-TAHBI	Alta prevalencia de Depresión con comorbilidad cardiovascular, metabólica
Regueiro M (Perú)	2011	Clínico-observacional		Hospitalaria	El uso inapropiado de medicación en el adulto mayor según criterios Beers, STOPP, PRISCUS,
Copelan et al (Europa)	2004	Observacional		Multicéntricos (Internacional)	Alta prevalencia de depresión y la necesidad de establecer factores de riesgo predictivo.
Tamayo, Rovner, Muñoz (Latinoamericano)	2006	Estudio de revisión		Internacional (Multicéntricos)	La importancia de detectar en depresión mayor con trastornos psicósomáticos.

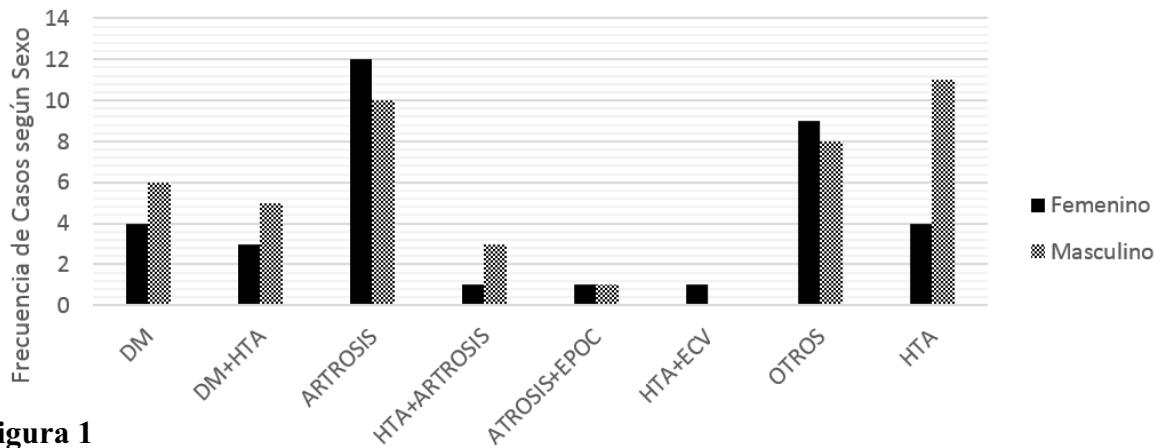


Figura 1
Distribución de Enfermedades más Prevalentes en Adultos Mayores no Asegurados. Callao 2015

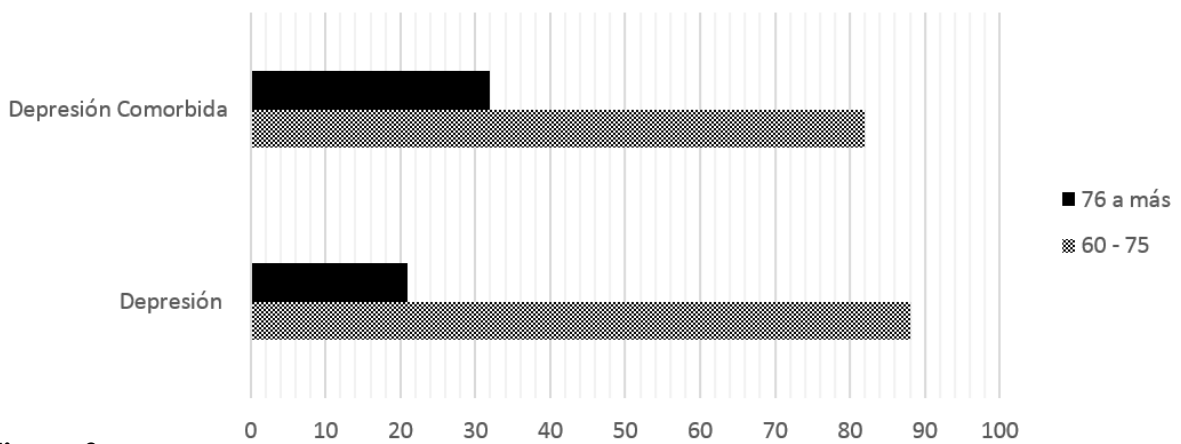


Figura 2
Distribución de Enfermedades más Prevalentes en Adultos Mayores No Asegurados. Callao 2015

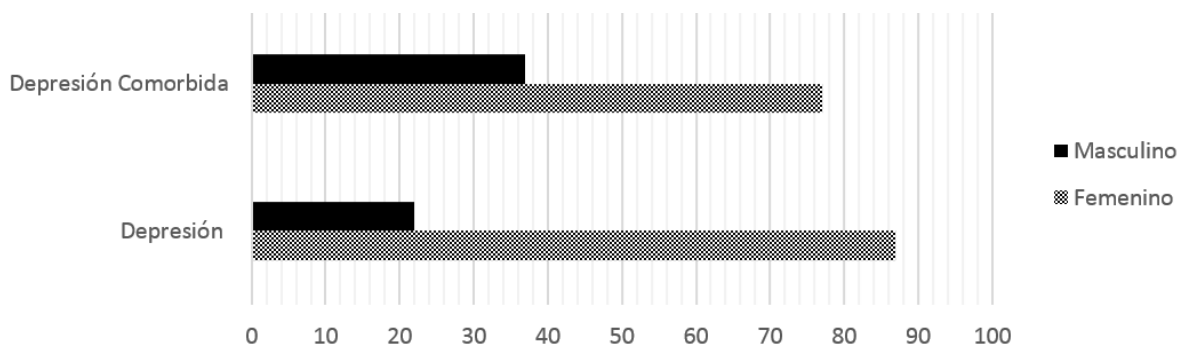


Figura 3
Distribución de Depresión Morbida/Comorbida según Edad

es alta, siendo mayor en edades de 60 a 75 años y en sexo femenino que corresponden a pacientes de la comunidad. En la figura 3 y 4, los pacientes asegurados diagnosticados con depresión en edades de 60 a 75 años, es más alta que los pacientes de 76 a más años y, es, más frecuente en mujeres. Así mismo la presencia de depresión comórbida es alta en ambos grupos de estudio.

Quizás, habría que destacar, la necesidad de realizar procedimientos estadísticos que corroboren una mayor probabilidad de asociación entre edad y sexo y la depresión, así como confirmar datos de comorbilidad en adultos mayores; los datos obtenidos no confirman tal asociación, pero el espectro cualitativo si lo refleja, coincidente con lo que postula Estrada Restrepo et al. (2013) al encontrar en su estudio exploratorio en 276 adultos mayores la mayor probabilidad de depresión y sintomatología depresiva de manera similar por edad y sexo. Es decir, como se observa en nuestros resultados preliminares, si bien la tendencia cualitativa es alta más en mujeres que varones, pero desde el análisis confirmatorio esa prevalencia no logra demostrar un mayor grado de probabilidad que la edad y el sexo son factores de riesgo predictivo con la depresión. Lo que se confirma es la presencia de depresión independiente de edad y sexo.

También Vives et al, (2013) demuestra en su estudio que esa prevalencia es alta en los trastornos de ánimo (47.4%) añadiendo otra variable considerada en nuestro estudio (ve tabla 2) como es la percepción del paciente, tanto en nuestro estudio como estos autores, los pacientes suelen tener una mala percepción respecto de su salud y afirman la presencia de síntomas somáticos o, lo describen como enfermedades, tal como se señala en la Figura 1,2, la declaración de altas tasas de

frecuencia de artrosis o asociaciones entre artrosis y otras trastornos muy comunes en el adulto mayor. Es importante destacar que, en Atención primaria, nuestros datos confirman lo que a nivel hospitalario, de 2 327 casos diagnosticados de depresión, 221 son mayores de 60 a 75 años y de 76 a más, en ambos casos hay depresión y depresión comórbida.

John R.M en el estudio Europeo también reportan que la prevalencia de sujetos mayores de 65 años con depresión es más en los que viven en comunidad, destacándose Liverpool con 10.0%, Dublín 11.9%, Berlín 16.5% y, los estudios metaanalíticos en poblaciones grandes (13 808 casos) los niveles de depresión varían en los centros estudiados, casi el 40% de la población total del estudio informan tener un estado depresivo, tal como lo observamos en nuestro estudio preliminar exploratorio en las zonas aledañas al HNASS, es posible que si asociamos otras variables como la calidad de vida, actividades de la vida básica diaria y actividades instrumentales de la vida diaria estarían influyendo en el cambio de estado de ánimo de las personas de la comunidad, además de presentar otros patrones sintomáticos asociados como: somáticos, cambios gastrointestinales, desregulación de la actividad simpática y parasimpática, trastornos del sueño, dolor, etc. (Jausent et al, 2011)

En otros estudios adquiere particular importancia además de la edad y sexo, la aparición de enfermedades propias de la vejez, un caso que ha demandado diversos estudios en poblaciones diversas es la Diabetes Mellitus; Felmet et al (2011) encuentra altas tasas de comorbilidad en los pacientes con depresión al reevaluar a estos pacientes, los hallazgos de problemas metabólicos o el consumo de determinados medicamentos

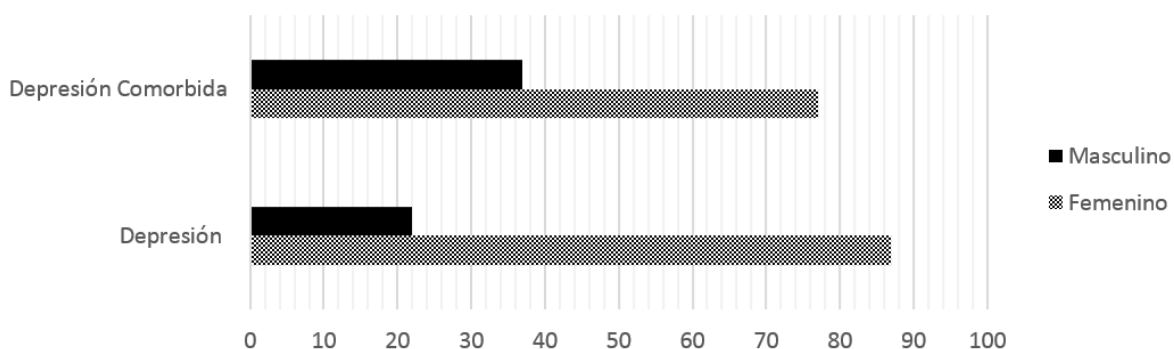


Figura 4
Distribución de Depresión Morbida/Comorbida según Sexo

en pacientes de edad avanzada existen severas repercusiones.

Respecto del consumo de medicamentos, se observó en nuestro estudio preliminar que la mayoría de pacientes independientemente de la edad y el sexo recibían más de dos medicamentos (ver tabla 4); pero como lo declara Valenstein et al (2004) también declara la importancia del control del consumo de medicamentos en los adultos mayores ya que la mayoría de las pacientes adultos tienen una alta probabilidad de recibir benzodiazepinas, aun cuando se requieren de más estudio para probar su eficacia, se hace necesario su adecuado control. Ese control adecuado es prioritario porque implica un riesgo potencial de reacciones adversas, condicionando cambios asociados con el envejecimiento, ya sean éstos farmacocinéticas o farmacodinámicos (Regueiro et al, 2011). Es posible que, en poblaciones mayores de 75, serían los que mayor beneficio/riesgo tienen con el uso de medicamentos en el tratamiento y por lo tanto las consecuencias se puedan volver críticas e impredecibles; mayor tasa de mortalidad (Suárez-Varela et al, 1995); cantidad y cronicidad del consumo de medicamentos en estas edades es alta (Valderrama-Gama E., et al, 1998). A pesar que otros estudios de españoles con metodología similar declaran que el régimen de prescripción puede ser sencilla en personas mayores, pero sin embargo reporta tasa mortalidad alta se debe considerar además las variables sociodemográficas (Wells et al., 1985); si consideramos a nuestra población no asegurada, es probable que por los bajos controles en el expendio de medicamentos, la alta frecuencia de consumo de más de 2 medicamentos pueda poner en mayor riesgo de mortalidad por otras causas.

Es conveniente destacar que en nuestra figura 1 y 2, la presencia de DM y su asociación a problemas cardiovasculares es alta, para ambos grupos de estudios. Habría que determinar qué tipo de comorbilidad presentan los pacientes que acuden al HNASS (Servicio de Psiquiatría). Rocha y Fleck (2010), asocian a estos factores los psicosociales como rasgos intervinientes en el incremento de la sintomatología depresivo o de potenciar su acción en la presencia de depresión comórbida. En otros estudios, se observa que la DM tipo 2 además de condicionar problemas cardiovasculares y renales, existe una prevalencia de 25% en mujeres y 16% en varones de padecer depresión,

o tener depresión comórbida, es decir, existe un vínculo bidireccional, tienen peor adherencia a la dieta, empeoran su control glucémico, hay mayor riesgo de evidenciar complicaciones microvasculares y macrovasculares, lo que puede aumentar la tasa de mortalidad. En nuestros datos se puede observar una frecuencia alta de casos de la comunidad con DM, DM e HTA; la probabilidad de deterioro cognitivo también es alta en este tipo de paciente, presencia de demencia. Estudios metaanalíticos reportan que el 47% de DM pueden presentar riesgo de demencia; Katon et al, 2015) (8); Steenbergen-Weijenburd (2013), reporta un 26% de casos de depresión es de 7 a 6% para demencia y sin DM, el 7% (Egde et al, 2002, Kessler et al, 2003); otras complicaciones como las neuropatías, enfermedad vascular periférica y retinopatía están asociadas de manera significativa a depresión (Odusan et a, 2010; Pongothai et al, 2001; Hirai et al, 2012).

La importancia de realizar un adecuado diagnóstico de demencia es importante en pacientes con trastornos metabólicos, cardiovasculares, neurológicos, y en consumo de medicamentos en esta etapa de la vida, nuestros datos iniciales al reportan evidencias preliminares mala autopercepción de salud, presencia de depresión o síntomas depresivos independiente de variables demográficas como del uso de medicamentos, números de enfermedades crónicas, no necesariamente implica que estos factores de riesgo no sean predictivos, la tasa de prevalencia de 9.37% depresión en adultos mayores detectados en el HNASS –consultorio de psiquiatría-, para el semestre 2015, es indicador significativo de la prevalencia observadas en otros estudios nacionales en Europa, USA (6% a 12%) (Copeland et al, 2004); se incrementa hasta el 43% en poblaciones con DM (Steenbergen-Weijenburg, 2013). La misma tendencia se corrobora en Latinoamérica y en particular en Perú que se incrementa en zonas de mayor violencia hasta el 40% (Rondón, 2006; Inga-Arana, et al, 2006).

Es conveniente además considerar que existen muchas manifestaciones clínicas subsindrómicas que no alcanzan la categoría de depresión mayor que probablemente pueda infravalorarse en los centros de AP, que se asocia a falta de satisfacción con la vida, sentimientos de soledad y tabaquismo, el duelo la jubilación que podrían actuar como un factor desencadenante, a pesar

que cuando se asocia variables tradicionales como las condiciones de vivienda, estado civil, vivir solo no logra alcanzar como factores de riesgo (Copeland et al., 2004). En estos casos, es muy frecuente reportarlos en diversos estudios locales, lo que motiva la necesidad de precisar en qué medida están relacionados o son condicionantes o predisponentes para depresión o incrementar los cambios propios del envejecimiento y comportarse como factores etiológicos de la depresión mayor; lo que implica además estudiar en profundidad en nuestra cultura esos factores determinantes de trastorno depresivo en el adulto mayor.

REFERENCIAS

- Artaso Irigoyen, B., Martín Carrasco, M., & Cabasés Hita, J. M. (2002). El coste del paciente anciano con patología psiquiátrica en la comunidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(3), 135-141.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Campbell, S., Silbersweig, D., & Charlson, M. (1997). Vascular depression hypothesis. *Archives of general psychiatry*, 54(10), 915-922.
- Alexopoulos, G. S., Katz, I. R., Bruce, M. L., Heo, M., Have, T. T., Raue, P., ... & Reynolds III, C. F. (2005). Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 718-724.
- Ávila-Oliva, M. M. A., Morales, E. V., & Mora, M. G. (2010). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, 13(4), 1-11.
- Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 191-218.
- Bojorquez-Chapela, I., Villalobos-Daniel, V. E., Manrique-Espinoza, B. S., Tellez-Rojo, M. M., & Salinas-Rodríguez, A. (2009). Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(1), 70-77.
- Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I., & Rejas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 17-20.
- Copeland, J. R., Beekman, A. T., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., ... & Magnusson, H. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3(1), 45-49.
- Corona-Vázquez, T. (2002). Las enfermedades neurológicas. Su dimensión y repercusión social. *Gaceta Médica de México*, 138(6), 533-546.
- Crespo D., Gil A., Porrás Chavarino A. (2005). Psicoterapia para la depresión en ancianos. *The American Journal of Psychiatry*, 8:415-421.
- Dávila, E. y Meza, L. (2009) *Perú: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. Boletín de análisis demográfico N°36*. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Espárrago Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Moreno, F., Ruiz Doblado, S., & Hernández, J. (2015). Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*, 30(1), 23-31.
- Estrada Restrepo, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, Á. M., Ordóñez Molina, J., Osorio Gómez, J. J., Maya, C., & Marcela, L. (2013). Depressive Symptoms in Institutionalized Elderly People and Factors Associated. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Egede, L. E., Zheng, D., & Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes care*, 25(3), 464-470.
- Felmet, K., Zisook, S., & Kasckow, J. (2010). Elderly patients with schizophrenia and depression: diagnosis and treatment. *Clinical schizophrenia & related psychoses*, 4(4), 239-250.
- Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Akbaraly, T. N., Marmot, M. G., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2011). Change in sleep duration and cognitive function: findings from the Whitehall II Study. *Sleep*, 34(5), 565-573.
- Gatz, M., Johansson, B., Pedersen, N., Berg, S., & Reynolds, C. (1993). A cross-national self-report measure of depressive symptomatology. *International Psychogeriatrics*, 5(2), 147-156.
- Goncalves F., González V. y Vásquez J. (2003). *Guía de buena práctica clínica en ansiedad y depresión: Atención primaria de calidad*. Editorial: International Marketing & Comunciations. Madrid, España.
- Gomes, F. A., Almeida, K. M., Magalhães, P. V., Caetano, S. C., Kauer-Sant'Anna, M., Lafer, B., & Kapczinski, F. (2013). Cardiovascular risk factors in outpatients with bipolar disorder: a report from the Brazilian Research Network in Bipolar Disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 126-130.
- Hébert, R., Brayne, C., & Spiegelhalter, D. (1999). Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *American Journal of Epidemiology*, 150(5), 501-510.
- Heo, M., Murphy, C., Fontaine, K., Bruce ML. & Alexopoulos G. (2008). Population projection of US adults with lifetime experience of depressive disorder by age and sex from year 2005 to 2050. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(12), 1266-1270.
- Hirai, F. E., Tielsch, J. M., Klein, B. E., & Klein, R. (2012). Relationship between retinopathy severity, visual impairment and depression in persons with long-term type 1 diabetes. *Ophthalmic epidemiology*, 19(4), 196-203.
- INEI (2009). *Migración Internacional en las familias peruanas y perfil del peruano retornante*. INEI: Lima.
- Inga-Aranda, J., & Vara-Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 475-486.
- Jausse, L., Bouyer, J., Ancelin, M. L., Akbaraly, T., Pérès, K., Ritchie, K., ... & Dauvilliers, Y. (2011). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep Medicine*, 12, S19.
- Katon, W., Pedersen, H. S., Ribe, A. R., Fenger-Grøn, M., Davydow, D., Waldorff, F. B., & Vestergaard, M. (2015). Effect of depression and diabetes mellitus on the risk for dementia: a national population-based cohort study. *JAMA psychiatry*, 72(6), 612-619.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., MacLean, C. J., Heath, A. C., Eaves, L. J., & Kessler, R. C. (1993). Smoking and major depression: a causal analysis. *Archives of general psychiatry*, 50(1), 36-43.
- Linares, H. y Garcés, K. (2016). *Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor y su repercusión en la Salud Familiar, Parroquia Cunchibamba 2015-2016*. Tesis de Maestría. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Dirección de Posgrado.
- López-Silva, M. C., Sánchez de Enciso, M., Rodríguez-Fernández, M. C., & Vázquez-Seijas, E. (2007). Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria. *Revista de la sociedad Española del Dolor*, 14(1), 9-19.

- Martín-Carrasco, M., Agüera-Ortiz, L., Caballero-Martínez, L., Cervilla-Ballesteros, J., Menchón-Magriñá, J. M., Montejogonzález, A. L., Morfiño-Domínguez, A. & Caballero-Martínez, F. (2011). Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 20-31.
- Martín-Agueda, B., López-Muñoz, F., Silva, A., García-García, P., Rubio, G., & Alamo, C. (2007). Aspectos diferenciales del manejo de la depresión en España entre la atención psiquiátrica especializada y la atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2), 89-98.
- Mitchell, A. y Subramanian H. (2005). Pronóstico de la depresión en los ancianos frente a las personas de mediana edad: Revisión sistemática de los estudios comparativos. *American Journal of Psychiatry*, 8(10), 606-619.
- Mitchell AJ., Izquierdo Santiago A. (2009). Pronóstico de la depresión en la tercera edad en comparación con la edad adulta ¿Existe una diferencia clínica significativa?. *Actas Esp Psiquiatr.* 37(5): 289-298.
- Mondimore, F. M., Zandi, P. P., MacKinnon, D. F., McInnis, M. G., Miller, E. B., Crowe, R. P. & Murphy-Ebenz, K. P. (2006). Familial aggregation of illness chronicity in recurrent, early-onset major depression pedigrees. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1554-1560
- Molina, J.M., Figueroa, J. y Uribe, A. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 55-62.
- Moreira V. (2007). Significados posibles de la depresión en el mundo contemporáneo: Una lectura fenomenológica mundana. *Psyche*, 16(2), 129-137.
- Parker, G., Wilhelm, K., & Asghari, A. (1997). Early onset depression: the relevance of anxiety. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 32(1), 30-37.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1493-1501.
- Poongothai, S., Anjana, R. M., Pradeepa, R., Ganesan, A., Unnikrishnan, R., Rema, M., & Mohan, V. (2011). Association of depression with complications of type 2 diabetes—the Chennai Urban Rural Epidemiology Study (CURES-102). *JAPI*, 59, 640-4.
- Ramos-Ríos, R., Barreiro, J. B., Varela-Casal, P., y Vilar, A. A. (2007). Depresión vascular con síntomas melancólicos: respuesta a terapia electroconvulsiva. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 403-405
- Regueiro, M., Mendy, N., Cañas, M., Farina, H. O., & Nagel, P. (2011). Uso de medicamentos en adultos mayores no institucionalizados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(4), 643-647.
- Rondón, M. B. (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 237-238.
- Odusan, O., Ogunsemi, O., & Olatawura, M. O. (2012). Common mental disorders among subjects with T2DM in Sagamu, Nigeria. *African journal of medicine and medical sciences*, 41(2), 141-145.
- Sachs-Ericsson, N., Corsentino, E., Moxley, J., Hames, J. L., Rushing, N. C., Sawyer, K. & Steffens, D. C. (2013). A longitudinal study of differences in late-and early-onset geriatric depression: depressive symptoms and psychosocial, cognitive, and neurological functioning. *Aging & mental health*, 17(1), 1-11.
- Steenbergen-Weijnenburg, K. (2013). *Depression In Chronic Medically Ill Patients: A thesis from the Netherlands Depression Initiative*. Erasmus University Rotterdam.
- Recuperado de <http://hdl.handle.net/1765/41237>
- Rocha, N. S. D., & Fleck, M. P. (2010). Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Revista brasileira de psiquiatria*, 32(2), 119-124.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Alexopoulos, G. S. (2005). The Treatment Initiation Program: an intervention to improve depression outcomes in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 184-186
- Suárez-Varela, M. M., Castelló, L. S., Benajas, A. P., & González, A. L. (1995). Mortality, morbidity and drug consumption in a rural area (Spain). *European journal of epidemiology*, 11(4), 403-414.
- Suárez-Varela, M. M., Segarra Castelló, L., Orenaga Arnau, V. M., & Llopis González, A. (1998). Evolución sociosanitaria de la Vall d'Uixó: aplicación del análisis multivariado como una forma nueva de diagnóstico de salud. *Atención primaria*, 21(8), 511-516.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W., Luben, R. N., Wareham, N. J., Bingham, S. A., & Khaw, K. T. (2008). Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 515-523.
- Tamayo JM., Rovner J., Muñoz R. (2007) La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 29(2): 182-187.
- Valderrama Gama, E., Rodríguez Artalejo, F., Palacios Díaz, A., Gabarre Orús, P., & Pérez del Molino Martín, J. (1998). Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Revista española de salud pública*, 72(3), 209-219.
- Valenstein M., Khanujua Taylor K., Austin K., Kales HC., McCarthy JF., Blow FC. (2004). Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), 654-661
- Steenbergen-Weijnenburg K. (2013). *Depression in chronic medically ill patients: A thesis from the Netherlands depression initiative*. Erasmus Universiteit Rotterdam [Thesis]. Paisas Bajos.
- Villar, J. (2006). Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(4), 250-253.
- Vives, M., Garcia-Toro, M., Armengol, S., Pérez, M., Fernández, J. y Gil, M. (2013). Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. *Actas españolas de psiquiatría*, 41(4), 218-26.
- Whang, W., Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Rexrode, K. M., Kroenke, C. H., Glynn, R. J., ... & Albert, C. M. (2009). Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: results from the Nurses' Health Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 950-958.
- Wells, K. B., Kamberg, C., Brook, R., Camp, P., & Rogers, W. (1985). Health status, sociodemographic factors, and the use of prescribed psychotropic drugs. *Medical care*, 23(11), 1295-1306.
- Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M. & Trivedi, M. H. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1539-1546