

FACTORES ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA RURAL, 2008

ASSOCIATED FACTORS WITH DEPRESSIVE EPISODE IN THE ADULTS OVER THE RURAL HIGHLANDS, 2008

Vilma Paz¹;
Víctor Cruz²;
Julio Huamán³;
Ybeth Luna⁴

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar los factores asociados al episodio depresivo en adultos mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, parte del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural, 2008. Muestra: 964 adultos de 60 años y más, residentes habituales de poblados rurales próximos a Ayacucho, Cajamarca y Ancash. Instrumentos: cuestionarios elaborados a partir del Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores, Cuestionario de Salud Mental de Colombia, de Violencia Familiar de Anicama y colaboradores, de Pfeffer, MINI (Entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10 de Sheehan y colaboradores, Mini Mental State Examination de Folstein). Los factores asociados significativamente en los análisis bivariados se introdujeron en modelos parciales de regresión logística. Los factores asociados en éstas últimas se introdujeron en un modelo final de regresión logística para muestras complejas. Los factores del bivariado con frecuencias de 5 o menores, no entraron en la regresión logística. Se utilizó el SPSS V.20.

RESULTADOS: La regresión logística mostró asociación con deseos de morir en el último año (OR ajustado: 3,2; IC:1,34-7,86), deterioro cognoscitivo (OR ajustado: 2,4; IC:1,16-5,15); con poco, nada o regular apoyo entre los miembros de la familia (OR ajustado: 2,33; IC:1,10-4,94) y con tristeza excesiva, pena o depresión (OR ajustado: 2,8; IC: 1,06-7,48).

CONCLUSIONES: Los adultos mayores con episodio depresivo necesitan a sus familiares debidamente capacitados para que puedan brindarles el apoyo requerido y, además, puedan detectar precozmente la excesiva tristeza que podría constituirse en un indicador importante de episodio depresivo.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, Episodio depresivo, Factores asociados, Zona rural, Perú.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the associated factors with depressive episode in old adults.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive and cross-sectional study, which is part of the Epidemiological Mental Health Study in Peruvian Rural Andes 2008. The sample involved 964 people aged 60 and over, who were living in the rural areas of Ayacucho, Cajamarca and Ancash. The instruments used were: The Quality Scale of Life of Mezzich et al, the Questionnaire of Mental Health of Colombia, the Mini Mental State Examination of Folstein, the MINI (Neuro-psychiatric International Interview, Spanish version CIE 10, of Sheehan et al) and the Questionnaire of Pfeffer. The associated factors in the bivariate analyzes were entered into partial logistic regressions models, finally the associated factors were entered into a final logistic regression model for complex samples. Those factors with frequencies 5 or minors in the bivariate analyzes were eliminated and they were not introduced in the final logistic regression model. The SPSS V 20 was used.

RESULTS: The logistic regression has showed significant association with desires of dying in the last year (Adjusted OR:3,2; CI:1,34-7,86); cognitive impairment (Adjusted OR:2,4; CI:1,16-5,15); with nothing, little o regular family support (Adjusted OR:2,33; CI:1,10-4,94) and with excessive sadness, grief or depression (Adjusted OR:2,8; IC: 1,06-7,48).

CONCLUSIONS: Old adults with depressive episode need their trained relatives so they can provide them the required support and also can detect early excessive sadness that could be and important indicator of depressive episode.

KEY WORDS: Old adult, Depressive episode, Associated factors, Rural zone, Perú.

^{1,2,3} Médico psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", de Lima, Perú.

⁴ Médico psiquiatra. Auditora médica. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", de Lima, Perú

El objetivo del presente estudio es identificar los factores sociodemográficos y de salud mental asociados al episodio depresivo de grados moderado y severo, en los adultos mayores residentes habituales de viviendas particulares en las áreas rurales de Ancash, Ayacucho y Cajamarca.

Si bien los países desarrollados consideran como adultos mayores a las personas a partir de los 65 años, en el Perú se considera adulta mayor a toda persona a partir de los 60 años de edad¹. En el presente estudio hemos considerado como adultos mayores a las personas que tienen 60 o más años de edad.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en los adultos mayores. Las prevalencias varían según procedencia de la muestra y según los instrumentos que se utilizan para medirla. Cuando la muestra proviene de adultos mayores residentes en la comunidad y se usan instrumentos diagnósticos para episodio depresivo, las prevalencias son menores. Así, en 2072 adultos de 65 años y más residentes en Sao Paulo, Brasil, encontraron una prevalencia de 21,4% de síntomas depresivos y del 4,8% de depresión según el CEI-10². En el Perú, en los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental, realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en los adultos mayores las prevalencias anuales de episodio depresivo fueron menores en las áreas rurales que en las urbanas y mayores en las ciudades de fronteras. Así, en Lima Rural fue de 4,2%³; 4,3% en la Sierra Rural⁴; 5,0% en la Sierra Peruana⁵; 6,1% en la Selva⁶ y también en la Costa⁷; 6,7% en Lima Metropolitana⁸; 7,9% en la ciudad de Abancay⁹ y 8,6% en cinco ciudades de la frontera peruana¹⁰.

Al comparar las prevalencias entre los grupos de adultos mayores, también los resultados difieren. En un estudio realizado en una muestra pequeña de 125 adultos mayores de un municipio de Brasil captada entre octubre y diciembre del 2010, la prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en el grupo de 60 a 69 años (40,5%) y menores en los grupos de 70 a 79 años (36,0%) y en el de 80 y más años de edad (23,4%)¹¹. En otro estudio realizado en la India en 3038 adultos de 60 años y más, la prevalencia de depresión fue mayor en los adultos mayores de 80 años (24,5%) y menor en el grupo de 61 a 65 años (5,9%)¹².

Otros autores han encontrado que los adultos mayores de 80 años y más tienen 1,22 mayores posibilidades de presentar síntomas depresivos que los de 60 a 69 años¹³.

Muchos factores se han encontrado asociados a la depresión y a los síntomas depresivos en los adultos mayores. En las mujeres las posibilidades de tener síntomas depresivos van desde 1,15, 1,60 a 2,38^{13,14,15}; el estado civil, estar viudo, separado o divorciado, ofrece 1,2 mayores posibilidades de hacer síntomas depresivos¹⁶. Las dificultades para desempeñarse eficientemente en las actividades

de la vida diaria también se han encontrado asociadas a la depresión. Así, los adultos mayores con síntomas depresivos tienen 1,39 mayores posibilidades de presentar gran dificultad para desempeñarse en sus actividades de la vida diaria¹³. Estar desempleado ofrece 4,21 mayores posibilidades de hacer depresión¹⁷. La depresión está considerada como un factor de riesgo para el suicidio¹⁸. La depresión puede presentarse en comorbilidad junto a enfermedades físicas crónicas y a otros trastornos mentales como el trastorno de ansiedad generalizada^{19,20}. Cuando se comparan adultos mayores con depresión y adultos mayores sin depresión, se encuentra que los que tienen depresión tienen familias con peor funcionamiento y bajo soporte social²¹. La depresión y el deterioro cognoscitivo están interrelacionados. En un estudio de seguimiento durante 7,8 años de 1764 adultos mayores sin deterioro cognoscitivo (801 tenían síntomas depresivos) se encontró asociación significativa entre los niveles más altos de síntomas depresivos durante el seguimiento y una tasa más rápida de deterioro cognoscitivo²². En un estudio transversal realizado en 1656 adultos de 60 años y más de Florianópolis, Brasil, encontraron que los que presentaban síntomas depresivos, tenían 1,45 mayores posibilidades de presentar deterioro cognoscitivo (IC:1,21-1,75)²³. En cuanto a la fuerza y el tipo de asociación entre consumo excesivo de alcohol y depresión los hallazgos varían. Varios estudios han encontrado asociación no lineal entre consumo de alcohol y síntomas depresivos en los adultos mayores; en algunos, el diagrama de esta asociación ha tenido forma de J²⁴ y en otros, de U²⁵; todo lo cual indica que tanto los abstemios como los bebedores excesivos, tendrían riesgo aumentado para hacer síntomas de depresión mayor, en comparación con los bebedores moderados.

En el Perú, la proporción de adultos mayores continúa incrementándose. Este incremento obedece a que la esperanza de vida al nacer ha aumentado en todos los grupos etarios y las tasas de natalidad y de fecundidad han disminuido. En el 2013, el 9,2% de la población total correspondía a los adultos de 60 y más años (2 807 354). Para el 2021, la población adulta mayor será el 11,2% de la población total (3 726 534). Entre el 2010 y el 2013, mientras que la población de 0 a 59 años aumentó en 2,7%; en ese mismo periodo la población de

Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de la Sierra Rural

60 y más años de edad aumentó en 10,8%²⁶. La población está envejeciendo y la proporción de adultos mayores tiende a ser cada vez mayor. Esta mayor proporción de adultos mayores demandará mayor número de atenciones de los sistemas de salud y mayores cuidados por parte de los familiares. Será necesario que los gobiernos implementen políticas de atención de salud integral a los adultos mayores, para poder ofrecerles una mejor calidad de vida. Es importante conocer los factores asociados a la depresión, en la población adulta mayor de la Sierra rural en el 2008 con el fin de elaborar programas preventivos de aquellos factores asociados, susceptibles de ser controlados ya sea con tratamientos farmacológicos o con afrontes terapéuticos específicos.

Material y métodos

Tipo de Estudio

Descriptivo, epidemiológico y transversal, que usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural realizado en el 2008.

Población y muestra

La población en estudio incluyó a los adultos de 60 años de edad y más, de ambos sexos que en el 2008 residían habitual o permanentemente en las viviendas particulares, de las provincias de los departamentos de Ancash, Ayacucho y Cajamarca:

En el *Departamento de Ancash*, las provincias de Caraz, Carhuay y Recuay.

En *Ayacucho*, las provincias de Huamanga, Huanta y Vilcashuamán.

En *Cajamarca*, las provincias de Cajamarca, Celendín y Hualcayoc.

El muestreo fue probabilístico y en varias etapas. Primero se seleccionaron los centros poblados del área rural de las provincias incluidas en el estudio, que tenían entre 30 y 400 viviendas según el marco muestral del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado en base al Pre Censo del 2005. Luego, las viviendas en cada

uno de los centros poblados rurales seleccionados en la primera etapa y, por último, al adulto mayor dentro de cada vivienda seleccionada que satisfacía los criterios de inclusión.

La muestra fue ponderada (45 160) para reproducir la estructura demográfica de la población en estudio. Se consiguió la información de 3215 hogares y se encuestaron a 964 adultos de 60 a más años. La tasa total de no respuesta para el adulto mayor fue de 5,8%.

Criterios de inclusión: Adultos de 60 años y más sin problemas que impidieran la comunicación y que cumplieran los criterios diagnósticos del MINI para episodio depresivo, descritos en el ítem Factores incluidos en los análisis bivariados.

Instrumentos utilizados en el adulto mayor: Los instrumentos incluidos en los cuestionarios del adulto mayor fueron: el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores^{27,28}, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia²⁹, el Mini Mental State Examination de Folstein³⁰, el Cuestionario de Pfeffer, el MINI (Entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10 de Sheehan y colaboradores)³¹ y el Cuestionario de Violencia Familiar de Anicama et al³².

- El Índice de Calidad de Vida fue elaborado y validado por Mezzich y colaboradores en una versión española. Tiene 10 ítems y recoge aspectos como bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo social emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud y valoración global de la calidad de vida^{31,36}.
- El Cuestionario de Salud Mental, elaborado en Colombia, ya había sido utilizado y adaptado en estudios anteriores en el INSM "HD-HN" tanto en adultos²⁹ como en adolescentes³³. Fue adaptado para el estudio epidemiológico en Lima, corregido y readaptado para la sierra. Recoge información sobre uso de sustancias, conductas antisociales, cohesión familiar, violencia, indicadores suicidas, soporte social, estresores psicosociales, problemas emocionales percibidos.

- El Mini Mental State Examination (MMEE), elaborado por Folstein³⁴, es uno de los más utilizados para evaluar las funciones cognitivas (orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y habilidades constructivas). Se ha utilizado la versión validada en Chile.
 - El Cuestionario de Pfeffer, que recaba información a través de una tercera persona (algún otro adulto del hogar), sobre la capacidad del adulto mayor para desarrollar sus actividades instrumentales de la vida diaria como manejar su propio dinero, realizar compras solo como ropa, comestibles y cosas para la casa, hervir agua para el café, preparar sus propios alimentos, estar al tanto de los acontecimientos actuales, poder entender y discutir un programa de algún medio de comunicación, capacidad para recordar compromisos familiares, manejar sus propios medicamentos, pasear por el vecindario y encontrar el camino de regreso a casa, saludar a sus amigos adecuadamente y quedarse solo(a) en la casa de manera segura. Utilizado junto con el MMEE detecta deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia. Tiene una especificidad del 83,3% y una sensibilidad del 94,4%³⁴.
 - MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión Española CIE-10. Elaborada por Sheehan y colaboradores, basada en la Décima Revisión Internacional de Enfermedades. Da información estandarizada sobre los principales trastornos mentales (episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastorno generalizado de ansiedad sin depresión, episodio psicótico, fobia social). En el primer Estudio Epidemiológico de Lima Metropolitana, el instrumento se adaptó lingüísticamente a través de una prueba piloto en residentes de cien viviendas de cada cono de Lima. Posteriormente, en los estudios de la sierra y de la selva, de nuevo fue validado lingüísticamente mediante pruebas en campo y focus groups. El instrumento se adaptó para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis meses y prevalencia actual de los principales trastornos mentales. Para episodio depresivo se utilizó la versión en español del MINI CIE-10, coincidente con la versión en español de los Criterios de Investigación de la CIE-10 editada por MEDITOR y J.J. López Ibor, que considera solo el episodio depresivo moderado a severo. El episodio psicótico se consideró presente cuando había por lo menos uno de los seis síntomas listados, había pleno convencimiento de su presencia y había estado presente durante por lo menos un mes³¹.
 - El Cuestionario sobre Violencia Familiar. Expertos del INSM "HD-HN" en el tema elaboraron un instrumento, tomando como base el cuestionario utilizado por Anicama y colaboradores, en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados realizado en Lima y Callao y el cuestionario de la Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). Se hicieron algunas modificaciones originadas en las experiencias de los estudios epidemiológicos realizados por el INSM "HD-HN" en Lima y en la sierra³⁶.
- En el presente estudio, el diagnóstico de episodio depresivo incluyó, tanto al episodio depresivo único como al trastorno depresivo recurrente, de grados moderado y severo.
- Se hicieron test de independencia para muestras complejas con el χ^2 cuadrado y el F ajustado para determinar cuáles de los factores independientes tenían cierta asociación ($p < 0,05$) con prevalencia anual de episodio depresivo. Se realizaron análisis bivariados entre cada uno de estos factores y prevalencia anual de episodio depresivo. Los factores que resultaron asociados en los análisis bivariados se incluyeron en modelos parciales de regresión logística. Los factores que resultaron asociados en estos modelos parciales, se introdujeron en un modelo final de regresión logística, controlando el efecto de los factores sociodemográficos. No se incluyeron en la regresión logística a aquellos factores que en los análisis bivariados tenían prevalencias cero, cinco o menores a cinco en alguna de sus categorías (haber tenido ataques o crisis de nervios; tensión o estrés excesivo, dificultad para controlar sus pensamientos, pensamientos repetitivos u obsesiones, dificultad para relacionarse socialmente con las personas; cansancio mental o surmenage, paranoia o sentir que lo perseguían,

Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de la Sierra Rural

grado de satisfacción con la profesión u oficio que estudió y con el nivel educativo alcanzado; estrés producido por la pareja y por los estudios; haber pensado, planeado o intentado quitarse la vida en el último año; nada o poco bienestar psicológico o emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento interpersonal, apoyo social emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global y todos los tipos de violencia).

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Módulo de muestras complejas del programa SPSS versión 20.

Los encuestados participaron voluntariamente firmando un consentimiento informado antes de responder la encuesta. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Sierra Rural 2008 se realizó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

Factores incluidos en los análisis bivariados:

Sociodemográficos:

- *Edad*: Se reagrupó en dos: 60 a 74 años y de 75 a más. Escala ordinal.
- *Sexo*: masculino y femenino. Escala nominal.
- *Estado civil*: Discreta. Se reagruparon en: Unidos (Casados y Convivientes), Alguna vez unidos (Viudos, separados, divorciados) Nunca unidos (Solteros).
- *Nivel de instrucción*: se recodificó en: Sin nivel/ inicial, primaria, secundaria y bachillerato, superior y posgrado. Escala nominal.
- *Nivel de pobreza*: según número de necesidades básicas insatisfechas (NBI).
Se clasifican a los hogares como:
Pobre, cuando no pueden satisfacer al menos una de las necesidades definidas como básicas.
Pobre Extremo, cuando hay 2 ó más NBI.
No pobre, cuando no hay NBI.
Se han incluido como necesidades básicas:
a) hacinamiento, b) vivienda inadecuada (materiales de construcción utilizados en el piso, el techo, las paredes), c) abastecimiento inadecuado de agua, d) carencias o

inconveniencias en la disposición de excretas, e) inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar (a la esposa del jefe del hogar se le preguntó si habían niños en edad escolar que no asistían a la escuela por problemas económicos).

- *Lengua materna*: Castellano, Otra: quechua, aymara u otra. Escala nominal.
- *Analfabetismo*: ¿Sabe leer y escribir? -Si; -No. Escala nominal.
- *Desocupación*: ¿Estuvo buscando trabajo la semana anterior a la encuesta? -Si, -No. Escala nominal.

Salud Física: Sufrir algún tipo de discapacidad física, haber tenido convulsiones, desmayos y haber tenido alguna enfermedad física o accidente en los últimos 6 meses. Escala nominal.

Problemas emocionales percibidos: Excesiva tristeza, pena o depresión; excesivo miedo, pánico o ansiedad; ataque de nervios, tensión o estrés excesivo, preocupación excesiva, dificultad para relacionarse socialmente con las personas, dificultad para controlar sus pensamientos y pensamientos repetitivos u obsesiones. Escala nominal.

Satisfacción personal: Autoevaluación sobre el grado de cumplimiento de sus necesidades y expectativas, como el grado de satisfacción con su aspecto físico, su color de piel, su inteligencia, su condición socioeconómica, profesión u oficio que estudió, nivel educativo alcanzado, religión, relaciones sociales y lugar de residencia. Cada uno de estos factores se recodificó en dos categorías: 1. Nada, poco, regular y 2. Bastante o mucho. Escala ordinal.

Estresores psicosociales: Eventos o condiciones a los que se enfrenta toda persona en el área personal, familiar, laboral, social y comunitario en el contexto político, económico y cultural. Se ha medido a través de la magnitud de tensión generada por el trabajo, los estudios, los hijos u otros parientes, la pareja, el dinero, la salud, asuntos con la ley, el terrorismo, la delincuencia y el narcotráfico. Cada uno de estos factores se recodificó en dos categorías: 1. Nada, poco, regular y 2. Bastante o mucho. Escala ordinal.

Indicadores suicidas: Deseos de morir, pensamientos suicidas, planeamiento suicida y conducta suicida, medidos como prevalencia en el último año. Escala nominal.

Cohesión familiar: Cuánto le importaría hacer pasar vergüenza a su familia, qué tanto siente que lo respetan, cuánto siente se apoyan unos a otros, cuán orgulloso se siente de su familia, qué tanto siente que sus valores morales se parecen a los de su familia, qué tanto se siente parte del progreso de su familia, qué tanto siente que puede contar con su familia cuando tiene problemas, qué tanto conversa con su familia sobre sus aspectos personales, qué tanto toman en cuenta su opinión en las decisiones importantes, qué tanto muestra su familia interés por sus sentimientos y afectos y qué tanto siente que su familia le toma en cuenta. Cada uno de estos factores se recodificó en dos categoría: 1. Nada, poco, regular y 2. Bastante o mucho. Escala ordinal.

Calidad de vida: Grado de bienestar físico, bienestar psicológico, grado de autocuidado y funcionamiento adaptativo, de funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, grado de apoyo social emocional percibido, grado de apoyo comunitario y de servicios percibido, de plenitud personal, de satisfacción espiritual y calidad de vida global. Medida con el Índice de Calidad de Vida de Mezzich. Cada uno de estos factores se recodificó en tres categorías: 1. Nada o poco, 2: Regular y 3. Bastante o mucho. Escala ordinal.

Discriminación: Actitud con valoración negativa hacia un objeto, que incluye el no reconocimiento de iguales derechos y conlleva a conductas que van desde el rechazo hasta la violencia. Es considerada un estresor social. En este estudio solo se incluyó la presencia de al menos una discriminación en el último año. Escala nominal.

Violencia: Comportamiento deliberado que ocasiona daños físicos, psicológicos o emocionales mediante el uso de amenazas, ofensas verbales o agresiones físicas. Se estudió haber sido objeto de intentos o actos sexuales inapropiados; de golpes, puñetes o empujones; de insultos, agresiones verbales u ofensas; de chantajes, manipulaciones

o humillaciones; haberse sentido abandonado (es decir que no le procuraban alimentos, vestido, medicinas, vivienda o afecto) en el último año. Escala nominal.

Deterioro cognoscitivo: Presencia de deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia. Medidos conjuntamente con el Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein y colaboradores y la Escala de Pfeffer. En el MMSE se consideró deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia cuando el puntaje era ≤ 21 y en el Pfeffer, ≥ 6 ³⁴.

Trastornos mentales: Presencia de episodio depresivo, de ansiedad generalizada (sin depresión), de síndrome psicótico. Evaluados con el MINI³⁵ que sigue los criterios diagnósticos para investigación de la CIE X en una escala nominal.

Episodio depresivo: Periodo de por lo menos dos semanas seguidas y al mismo tiempo, casi todos los días, la persona ha presentado uno o más de los tres síntomas listados: 1. Se ha sentido especialmente triste, decaída, deprimida la mayor parte del tiempo a lo largo del día y así casi todos los días; 2. Tenía casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por cosas que le agradaban habitualmente; 3. Se sentía casi todo el tiempo cansada sin energía. Además, uno o más (hasta reunir un total de 4, incluyendo los síntomas del listado anterior) del listado siguiente: 1. Su apetito había cambiado notablemente y había aumentado o perdido peso sin tener esta intención (debe haber respondido sí a ambas), 2. Tenía problemas de sueño casi todas las noches como: demorarse en dormir, despertarse durante la noche o se le iba el sueño muy temprano, o su sueño estaba aumentado; 3. Hablaba o se movía más lentamente de lo habitual o al contrario, se sentía más agitada y tenía dificultad para permanecer quieta; 4. Falta de confianza en sí misma o sentirse sin valor, inferior a los demás; 5. Se hacía reproches o se sentía culpable; 5. Tenía dificultad para reflexionar o para concentrarse, o tomar decisiones; 7. Tenía ideas negativas como pensar que mejor sería estar muerta o pensaba en hacerse daño. Además, todo esto debe haber afectado su trabajo y su vida social o de relaciones interpersonales. Escala nominal.

Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de la Sierra Rural

Trastornos adictivos: Uso perjudicial o dependencia de alcohol. Prevalencia anual de bebedor riesgoso de alcohol, de consumo perjudicial, de dependencia de alcohol. Al bebedor riesgoso de alcohol se le definió como aquel que durante un año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte). Se midieron a través del AUDI (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol) y también con el MINI. Escala nominal.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 964 adultos mayores, el 67% estaba en el grupo de 60 a 74 años, el 52,7% eran mujeres. El 41,9% tenía instrucción primaria, 63% era analfabeto. El 64,4% estaba unido (casado o conviviente); el 32,5% estuvo alguna vez unido (viudo, separado o divorciado) y nunca unido (soltero), el 3,1% (Tabla 1). El 4,3% de los adultos mayores presentó episodio depresivo en el último año (IC:3,0-6,2). Las prevalencias fueron significativamente mayores en el sexo femenino (5,7%) (masculino 2,8%) y en los solteros (8,2%).

En el análisis bivariado los factores sociodemográficos que estuvieron significativamente asociados ($p < 0,05$) al episodio depresivo fueron el sexo femenino y el estado civil nunca unido (Tabla 1).

También estuvieron significativamente asociados ($p < 0,05$) al episodio depresivo el surmenaje o cansancio mental, la excesiva tristeza, pena o depresión; el ataque o crisis de nervios, la preocupación excesiva y la dificultad para relacionarse socialmente con las personas. Igualmente, el bastante o mucho estrés producido por los asuntos con la ley, la salud, los hijos u otros parientes y la pareja. Además, con deseos de morir en el último año y con pensamientos suicidas, también con percibir nada, poco o regular apoyo entre los miembros de la familia (Tabla 2).

La Tabla 3 muestra la asociación significativa ($p < 0,05$) de episodio depresivo con nada o poco autocuidado y funcionamiento independiente; dificultades para relacionarse con familiares, amigos y vecinos y con dificultades para planificar organizar y ejecutar sus actividades de la vida diaria. Así como con presencia de deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia.

Tabla 1.
EPISODIO DEPRESIVO Y FACTORES SOCIODEMGRÁFICOS EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA RURAL, 2008.
ANÁLISIS BIVARIADO

FACTORES	MUESTRA (SIN PONDERAR)	EPISODIO DEPRESIVO (PRESENTE)		P(*)
		(N)	%	
Sexo				
Masculino	382	13	2,8	0,049
Femenino	564	30	5,7	
Edad				
60 - 74 años	622	28	4,4	0,896
75 a más años	324	15	4,2	
Estado Civil				
Actualmente unido	481	15	2,5	0,006
Alguna vez unido	430	26	7,6	
Nunca unido	34	2	8,2	
Nivel de Instrucción				
Sin nivel/inicial/ /preescolar	534	27	5,2	0,713
Primaria	377	15	3,3	
Secundaria/ bachillerato	28	1	4,4	
Superior no univer.	2	0	-	
Superior univer.	4	0	-	
Posgrado	1	0	-	

FACTORES	MUESTRA (SIN PONDERAR)	EPISODIO DEPRESIVO (PRESENTE)		P(*)
		(N)	%	
Nivel de Pobreza				
Pobre Extremo	402	17	4,4	0,324
Pobre	480	26	4,9	
No Pobre	64	0	-	
Lengua Materna				
Castellano	328	20	5,0	0,548
Quechua	616	23	3,6	
Aymara u otro	2	0	-	
Analfabetismo				
Si Analfabeto	610	30	5,0	0,227
No Analfabeto	336	13	3,2	
Desocupación				
Desocupado	425	24	5,7	0,160
Ocupado	520	19	3,4	

Tabla 2.
EPISODIO DEPRESIVO, ENFERMEDAD FÍSICA O ACCIDENTE, PROBLEMAS EMOCIONALES PERCIBIDOS, ESTRESORES PSICOSOCIALES, INDICADORES SUICIDAS Y COHESIÓN FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA RURAL, 2008.
ANÁLISIS BIVARIADO

FACTORES	MUESTRA (SIN PONDERAR)	EPISODIO DEPRESIVO (PRESENTE)		P(*)
		(N)	%	
Enfermedad física o accidente en los últimos 6 meses				
No	497	18	3,8	0,411
Si	446	25	5,1	
Problemas emocionales percibidos				
Excesiva tristeza, pena o depresión				
No	376	4	1,6	0,002
Si	568	39	6,4	
Ataque o crisis de nervios				
No	926	40	4,2	0,006
Si	16	2	19,4	
Preocupación excesiva				
No	620	22	3,3	0,014
Si	324	21	7,0	
Dificultad para relacionarse socialmente con las personas				
No	933	41	4,2	0,047
Si	11	2	16,9	
Cansancio mental o surmenage				
No	935	41	4,2	0,001
Si	6	2	34,0	
Estresores Psicosociales				
Sus hijos u otros parientes				
Nada, poco, regular	586	20	3,1	0,007
Bastante o mucho	341	23	7,3	
Su Pareja				
Nada, poco, regular	296	5	1,5	0,030
Bastante o mucho	187	11	5,1	
La Salud				
Nada, poco, regular	353	8	2,2	0,007
Bastante o mucho	576	35	6,0	
Asuntos con la ley				
Nada, poco, regular	762	33	3,8	0,005
Bastante o mucho	60	6	13,0	
Indicadores suicidas				
Ha deseado morir en el último año				
No	748	22	3,1	0,000
Si	195	21	10,4	
Ha pensado quitarse la vida en el último año				
No	912	39	4,1	0,022
Si	32	4	14,6	
Cohesión Familiar				
Cuánto siente que se apoyan unos a otros				
Nada, poco, regular	352	23	6,2	0,023
Bastante o mucho	570	19	3,2	

Sierra Rural: Cajamarca, Hualgayoc, Celendín, Huaraz, Carhuaz, Recuay, Huamanga, Huanta, Vilcashuamán

* Los valores pequeños de P son evidencias contra la validez de la hipótesis nula (H0: No existe Asociación entre las variables)

Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de la Sierra Rural

Tabla 3.
EPISODIO DEPRESIVO, CALIDAD DE VIDA, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ADULTO MAYOR DE LA SIERRA RURAL 2008.
ANÁLISIS BIVARIADO

FACTORES	MUESTRA (SIN PONDERAR)	EPISODIO DEPRESIVO (PRESENTE)		P(*)
		(N)	%	
Calidad de Vida				
Autocuidado y funcionamiento independiente				
Nada o poco	13	1	7,2	0,032
Regular	381	26	6,7	
Bastante o mucho	519	15	2,6	
Actividades de la vida diaria				
(Tiene dificultad o limitaciones para:)				
Relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos, etc.				
No	868	37	3,9	0,034
Si	75	6	10,3	
Planificar, organizar y ejecutar sus actividades diarias				
No	797	30	3,8	0,046
Si	141	13	7,7	
Deterioro Cognoscitivo				
(MMSE <=21 y PFEFFER >=6)				
No	473	18	3,1	0,016
Si	177	14	7,1	

Sierra Rural: Cajamarca, Hualgayoc, Celendín, Huaraz, Carhuaz, Recuay, Huamanga, Huanta, Vilcashuamán.

* Los valores pequeños de P son evidencias contra la validez de la hipótesis nula (H0: No existe Asociación entre las variables)

En el análisis bivariado no se encontró asociación entre episodio depresivo y los siguientes factores: satisfacción personal, haberse sentido discriminado alguna vez en la vida, haber sufrido algún tipo de violencia, haber padecido algún trastorno mental o consumir drogas.

Tanto en las regresiones logísticas parciales como en la regresión logística final, se encontraron asociadas significativamente ($p < 0,05$) al episodio depresivo la excesiva tristeza, pena o depresión; haber deseado morir en el último año; el sentir que en la familia se apoyan nada, poco o regular y la presencia de deterioro cognoscitivo (Tabla 4).

Tabla 4.
FACTORES ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA RURAL, 2008.
REGRESIÓN LOGÍSTICA FINAL

FACTORES	OR (AJUSTADO)	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		P(*)
		INFERIOR	SUPERIOR	
Excesiva tristeza, pena o depresión				
No*	1	-	-	0,037
Si	2,824	1,066	7,485	
Ha deseado morir				
No*	1	-	-	0,009
Si	3,251	1,343	7,868	
Cuánto siente que se apoyan unos a otros				
Nada, poco, regular	2,335	1,102	4,945	0,027
Bastante o mucho*	1	-	-	
Deterioro Cognoscitivo				
No*	1	-	-	0,018
Si	2,456	1,169	5,159	

* Categoría de referencia

** Significativo $P < 0,05$

Los adultos mayores que sentían excesiva tristeza, pena o depresión, presentaban 2,8 mayores posibilidades de presentar episodio depresivo que los que no se habían sentido excesivamente tristes.

Los que habían deseado morir en el último año tenían 3,2 mayores posibilidades de tener episodio depresivo que los que no habían presentado deseos de morir.

Los adultos mayores que sentían que en su sistema familiar se apoyaban nada, poco o regular presentaban 2,3 mayores posibilidades de presentar episodio depresivo que aquellos que sentían bastante o mucho apoyo.

Los que presentaban deterioro cognoscitivo sospechosos de demencia, tenían 2,4 mayores posibilidades de tener episodio depresivo que los que no presentaban este deterioro.

Discusión

Los indicadores suicidas van desde el deseo de morir, pasando por ideación y planeamiento suicidas, hasta llegar a la conducta suicida. En este estudio hemos encontrado asociación entre episodio depresivo y deseos de morir en el último año. Los deseos de morir en los adultos mayores se han encontrado asociados, no solo con la depresión, sino también con la discapacidad funcional (medida a través de la capacidad para desarrollar sus actividades de la vida diaria) y las condiciones crónicas³⁵. La depresión es la patología que con mayor frecuencia se relaciona con la conducta suicida^{36,37}. A pesar de que la depresión es más frecuente en las mujeres, las tasas de suicidio son mayores en los varones³⁸ y tienden a disminuir en los adultos de 65 años a más y a aumentar en los más jóvenes (25-44 años)³⁹. En los adultos mayores de la sierra rural, en el 2008, si bien la prevalencia anual de deseos de morir fue de 17,1% en el último mes bajó a 10,8%. Tanto la prevalencia anual de conducta suicida como la prevalencia mensual fue de 0%⁸. Si bien 17 de cada 100 adultos mayores había deseado morir en el último año, ninguno presentó conducta suicida. Tal vez en estos adultos

mayores existan otros factores que actúen como protectores frente a la conducta suicida. Estudiar estos factores sería materia de otra investigación. Las tasas de suicidio varían según los países. En todos los Estudios Epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi desde el año 2002 hasta el 2012 en diversos lugares del Perú, las prevalencias de conducta suicida en los adultos mayores han sido muy bajas en comparación con las de otros países.

Según el CIE-10⁴⁰ para hacer el diagnóstico de episodio depresivo deben estar presentes, entre otros síntomas del Criterio B, el 1: Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas; del criterio C, entre otros debe estar presente el 3: Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.

La encuesta del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao 2012, incluyó entre sus instrumentos a la MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión española CIE-10)³⁵ la cual, se basa en los criterios diagnósticos para investigación del CIE-10, para hacer el diagnóstico de los principales desórdenes mentales, entre ellos el episodio depresivo, moderado y severo. Además, nuestra encuesta incluyó una lista pormenorizada de problemas emocionales percibidos, de los cuales la tristeza excesiva resultó asociada al episodio depresivo. La asociación de episodio depresivo con excesiva tristeza o pena y con pensamientos de muerte (deseos de morir) reafirma el diagnóstico de episodio depresivo en estos adultos mayores.

La asociación entre episodio depresivo o síntomas depresivos y apoyo familiar también ha sido encontrada por otros investigadores. Los adultos mayores con episodio depresivo tienen familias disfuncionales⁴¹ y pobre soporte social en comparación con los adultos mayores sin episodio depresivo²⁵. Una familia disfuncional difícilmente puede ofrecer el apoyo que el adulto mayor con

episodio depresivo necesita. En nuestro estudio, los adultos mayores que percibían regular, poco o nada apoyo familiar tenían 2,3 mayores posibilidades de tener episodio depresivo en el último año en comparación con aquellos que percibían bastante o mucho apoyo familiar.

La asociación entre depresión o síntomas depresivos con deterioro cognoscitivo leve o con demencia también ha sido encontrada por otros investigadores, especialmente cuando el primer episodio de depresión o de los síntomas depresivos empieza en la edad tardía (alrededor de los 50 años). El origen de esta asociación no es claro todavía, aunque se han planteado varias hipótesis al respecto: 1. los síntomas depresivos son una consecuencia del deterioro cognoscitivo, 2. Los síntomas depresivos son un factor de riesgo para desarrollar demencia⁴², 3 los síntomas depresivos y el deterioro cognoscitivo son expresiones de una misma psicopatología, 4. Los síntomas depresivos empeoran el curso del deterioro cognoscitivo y 5. Los síntomas depresivos son independientes del deterioro cognoscitivo en la etapa tardía de la vida y podría estar mediada por otros factores como los vasculares y la actividad física baja⁴³. En estudios de seguimiento algunos autores han encontrado que los síntomas depresivos no aumentaron con el inicio del deterioro cognoscitivo e incluso disminuyeron ligeramente después que se iniciara la demencia. Concluyeron que la asociación entre síntomas depresivos y deterioro cognoscitivo era independiente de los marcadores neuropatológicos para demencia⁴⁴.

Limitaciones

Este es un estudio secundario que utilizó la base de datos de un estudio epidemiológico. La muestra no se calculó tomando en cuenta la prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores, por lo que resultó insuficiente para el presente estudio.

Por tratarse de un estudio basado en encuesta, las respuestas están teñidas de subjetividad.

El diagnóstico de episodio depresivo se hizo con un instrumento basado en los Criterios de

Investigación de la CIE X y no se corroboró con un examen clínico.

Por ser un estudio transversal no es posible saber si algunos de los factores asociados encontrados ya existían antes de que los adultos mayores hicieran el episodio depresivo o fueron consecuencias del mismo.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Conclusiones

Los adultos mayores con episodio depresivo sienten poco, nada o regular apoyo de sus sistemas familiares. Sería recomendable que el personal de salud, implementara talleres de capacitación, dirigidos a los miembros de los sistemas familiares de los adultos mayores con episodio depresivo, para que aprendan a brindarles el apoyo que ellos necesitan. También talleres para que aprendan a detectar precozmente en el adulto mayor la excesiva tristeza, o pena que podría constituirse en un indicador importante de depresión.

Correspondencia:

Méd. Ciruj. Vilma Paz
Jr. Eloy Espinoza Saldaña 709
Urb. Palao
Lima, 31. Perú.
Teléfono fijo: (511) 6149201
Correo electrónico: zoilapaz11@yahoo.com

Referencias

- ¹ Ley N°28803. Ley de las Personas Adultas Mayores. Artículo 2°.- Definición. "Entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tengan 60 años o más años de edad". Disponible en: <http://www.cesen.ipifap.org/pdf/ley.pdf>. Acceso: 01 de febrero de 2014.

- ² Da Silva SA, Scazufca M, Menezes PR. Population impact of depression on functional disability in elderly: Results from São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013 March; 163(2):153-158. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00406-012-0345-4#page-1> Acceso: 21 de noviembre del 2014.
- ³ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2008; XXIV (1-2): 1-247. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-LR/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
- ⁴ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural, 2008. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2009; XXV (1-2): 1-318. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2008-ASM-EESM-SR/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
- ⁵ Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana. 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2003; XIX (1-2):1-216. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2003-ASM-EESM-SP/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 29 de diciembre del 2013.
- ⁶ Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana, 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2005; XXI (1-2):1-212. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2004-ASM-EESM-SP/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
- ⁷ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Costa Peruana 2006. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2007; XXIII (1-2):1-226. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2006-ASM-EESM-CP/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
- ⁸ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2013; XXIX Supl 1:S:1-392.
- ⁹ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Abancay 2010. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2011. XXVII (1-2):1-302. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM-EESM-A/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
- ¹⁰ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2006; XXII (1-2):1-227. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2005-ASM-EESM-F/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
- ¹¹ Dos Santos Souza A, Lago da Silva E, Campos Meira E, Martins da Silva D, dos Reis Alves M, Costa Pereira L. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Rev enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, 2013 jul/set; 21(3):355-60. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a13.pdf>. Acceso: 13 de agosto de 2015.
- ¹² Sengupta P, Anoop B. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian J Public Health*. 2015 Jan-Mar;59(1):3-8. doi: 10.4103/0019-557X.152845. Acceso: 01 de setiembre del 2015.
- ¹³ Castro E, Lima MF, Carvalhais S, Firmo J, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Jun; 30 (2) Epub Apr 28, 2008. En: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008005000007>. Acceso: 21 de noviembre del 2014.
- ¹⁴ Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. bras. epidemiol*. 2015 Jan-Mar; 18 (1). Epub Mar 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>. Acceso: 13 de abril de 2015.

Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de la Sierra Rural

- ¹⁵ Da Cunha R, Nader G, Del Duca G. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol.* 2012 Jun;15(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>.
- ¹⁶ Osborne D, Fletcher A, Smith L, Stirling S, Bulpitt Ch, Breeze E et al. Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: Results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18:623-630. Disponible en <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4e5c03db-3b21-4068-979f-9fddc8ac6685%40sessionmgr110&vid=26&hid=113>. Acceso: 08 de agosto de 2013.
- ¹⁷ Pando M, Aranda N, Alfaro N, Mendoza P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2001;36(3):140-144.
- ¹⁸ Pompili M, Innamorati M, Masotti V, Personè F, Lester D, Di Vittorio C et al. Suicide in the elderly. A psychopathological autopsy study in a North Italy Area. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2008 Sept; 16(9):727-735.
- ¹⁹ Montorio I, Nuevo R, Losada A, Márquez M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina,* 2001;12(1). Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/f8/8.2.6-5231/ansiedad.pdf>. Acceso: 27 de enero del 2015.
- ²⁰ Wuthrich V, Rapee R. Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy.* 2013 Dec; 51(12):779-786. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796713001563>. Acceso: 27 de enero del 2015.
- ²¹ Jikun Wang*, Xudong Zhao. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2012; 55:574-579. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0167494312001355/1-s2.0-S0167494312001355-main.pdf?_tid=2825355c-4b62-11e5-958b-00000aab0f6b&acdnat=1440532245_3d500c85491910075ee2ae6ddf1f3f50. Acceso: 25 de agosto de 2015.
- ²² Wilson RS, Capuano AW, Boyle PA, Hoganson GM, Hizez LP, Shah RC et al. Clinical-pathologic study of depressive symptoms and cognitive decline in old age. *Neurology.* 2014 Aug 19;83(8):702-709. Doi: 10.1212/WWNL.0000000000000715. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4420708/>. Acceso: 02 de setiembre del 2015.
- ²³ Borges LJ, Benedetti TR, Xavier AJ, d'Orsi E. Associated factors of depressive symptoms in the elderly: EpiFloripa study. *Rev Saude Publica.* 2013 Aug;47(4):701-10. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047003844. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=89102013000400701&lng=en&nrm=iso&tlng=en S0034-. Acceso: 02 de setiembre de 2015.
- ²⁴ Kim SA, Kim E, Morris RG, Park WS. Exploring the Non-Linear Relationship between Alcohol Consumption and Depression in an Elderly Population in Gangneung: The Gangneung Health Study. *Yonsei Med J.* March 2015; 56(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329353/pdf/ymj-56-418.pdf>. Acceso: 17 de abril de 2015.
- ²⁵ Coulson C, Williams L, Berck M, Lubman D, Quirk S, Pasco J. Association between alcohol consumption and self-reported depression among elderly Australian men. *Geriatric Mental Health Care.* 2014;3-8. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S2212969314000020/1-s2.0-S2212969314000020-main.pdf?_tid=6721384e-e525-11e4-90e2-00000aab0f01&acdnat=1429291133_c1f99f22ec2f2cb2f3b081123abee435. Acceso: 17 de abril de 2015.
- ²⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)-Perú. Población adulta mayor. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
- ²⁷ Robles Y. Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental (versión online).* Disponible en: <http://www.docenciaensaludmentalinsm.com/ojs-2.3.7/index.php/IFI/article/view/77>. Acceso: 18 de diciembre del 2013.
- ²⁸ Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S. The Spanish Version of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis.* 2000; 188:301-305.
- ²⁹ Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud Mental en una población urbano-marginal de Lima. *Monografías de Investigación N°2.* 1995. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de Lima Peru.

- ³⁰ Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-Mental State, a practical method for grading the cognitive of patient for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;189-198.
- ³¹ Lecrubrier Y, Weiller E, Hergueta T, Amarin P, Bonora LI, Lépine JP et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. 2001.
- ³² Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999.
- ³³ Perales A, Sogi C, Salas R. Salud Mental en Adolescentes del distrito de Magdalena. Serie Monografías de Investigación N°4. Lima. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".
- ³⁴ Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a la edad en Chile. *Rev Med Chile*. 2004;132:467-478. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000400009&script=sci_arttext. Acceso: 29 de octubre de 2015.
- ³⁵ Mellqvist M, Östling S, Braam A, Bäckman K, Copeland J, Fichter M et al. Functional disability and death wishes in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;49(9):1475-1482. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143593/>. Acceso: 20 de agosto de 2015.
- ³⁶ Ribot V, Alfonso M, Ramos M, González A. Suicidio en el adulto mayor. *Rev haban cienc méd*. 2012; 11(Supl 5).
- ³⁷ Wen Jie Sun, Lin Su, Wai Man Chan, Tai Him Lan, C Mary Schooling. Depressive symptoms in 56000 older Chinese: a Hong Kong cohort Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Apr; 47(4):505-514. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3304054/>. Acceso: 12 de Agosto de 2015.
- ³⁸ Minayo M, Cavalcante F, Mangas R, Alves de Souza J. Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Oct [cited 2015 Aug 19]; 17(10): 2773-2781. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000025>. Acceso: 19 de Agosto del 2015.
- ³⁹ Bando D, Brunoni A, Fernandes T, Benseñor I, Lotufo P. Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a joinpoint regression analysis. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2012 Oct;34(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.02.001>. Acceso: 19 de Agosto de 2015.
- ⁴⁰ World Health Organization. International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva: OMS; 992.
- ⁴¹ Souza Rosely Almeida, Costa Gislaíne Desani da, Yamashita Cintia Hitomi, Amendola Fernanda, Gaspar Jaqueline Correa, Alvarenga Márcia Regina Martins et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2014 June [cited 2015 Dec 12]; 48(3): 469-476. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300469&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000300012>.
- ⁴² Wilson RS, Barnes LL, Mendes de Leon CF, Aggarwal NT, Schneider JS, Bach J. Depressive symptoms, cognitive decline, and risk of AD in older persons. *Neurology*. 2002 Aug 13;59(3): 364-70.
- ⁴³ Gallagher D, Kiss A, Lanctot K, Herrmann N. Depressive symptoms and cognitive decline: A longitudinal analysis of potentially modifiable risk factors in community dwelling older adults. *J Affect Disord*. 2015 Oct 26;190:235-240. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.046. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26521086>. Acceso: 10 de diciembre del 2015.
- ⁴⁴ Wilson R, Capuano A, Boyle P, Hoganson G, Hize L, Shah R et al. Clinical-pathologic study of depressive symptoms and cognitive decline in old age. *Neurology*. 2014 Aug 19;83(8):702-709. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4150132/>. Acceso: 10 de diciembre del 2015.