

# FACTORES ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD PERUANA DE ABANCAY, 2010

## FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE EPISODE ELDERLY PERUVIAN CITY OF ABANCAY, 2010

Vilma Paz<sup>1</sup>;  
Cesar Acevedo Minaya<sup>2</sup>

### RESUMEN

**OBJETIVOS:** Determinar los factores asociados a la prevalencia anual de episodio depresivo en adultos mayores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal, probabilístico y trietápico que es parte del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Abancay 2010. Muestra de 304 adultos de 60 años y más, residentes habituales de la ciudad de Abancay. Instrumentos: cuestionarios elaborados a partir de la Escala 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 Española CIE-10 de Sheehan y colaboradores) y 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 las regresiones logísticas parciales se introdujeron en un modelo final de regresión logística para muestras complejas. Se utilizó el SPSS V.20.

**RESULTADOS:** La regresión logística mostró asociación con deseos de morir (OR:4,7; IC:1,7-13,1), con prevalencia anual de trastorno de ansiedad generalizada (OR:11,4; IC: 2,7-48,4) y con sexo femenino (OR:14,5; IC:3,2-66,2).

**CONCLUSIONES:** El episodio depresivo es un factor de riesgo para el suicidio. En el adulto mayor es frecuente la comorbilidad del episodio depresivo con trastorno de ansiedad generalizada.

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

### SUMMARY

**OBJECTIVE:** To determine the associated factors with annual prevalence of depressive episode in major adults.

**MATERIAL AND METHODS:** Descriptive, probalistic, three-stage and cross-sectional study, which is part of the 2010 Epidemiological Mental Health Study in Abancay city. The sample involved 304 people aged 60 and over, who were living in the urban area of Abancay in 2010. 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, the associated factors in these partial logistic regressions were entered into a final logistic regression model for complex samples. The SPSS V 20 was used.

**RESULTS:** The logistic regression has showed significant association with desires of dying (OR:4,7; IC:1,7-13,1) and with annual prevalence of generalized anxiety disorder (OR:11,4; IC: 2,7-48,4) and with female (OR:14,5; IC3,2-66,2).

**CONCLUSIONS:** The depressive episode can be a risk factor for suicide. In the elderly it is common the comorbidity of depressive episode with generalized anxiety disorder.

**KEY WORDS:** Elderly, Depressive episode, Associated factors, Urban area, Perú.

<sup>1</sup> Médico cirujano. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", de Lima.

<sup>2</sup> Licenciado en Estadística. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

En los países desarrollados se consideran adultos mayores a las personas a partir de los 65 años de edad. En algunos países en vías de desarrollo<sup>1</sup>, como el Perú<sup>2</sup>, se les considera adultos mayores a partir de los 60 años. En el presente estudio hemos considerado como adultos mayores a las personas a partir de los 60 años.

La depresión es muy frecuente en los adultos mayores. Las cifras de prevalencia varían según procedencia de la muestra y según los instrumentos utilizados para medirla. Son menores cuando la muestra proviene de adultos mayores residentes en la comunidad. Así, en

los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental, realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en los adultos mayores se encontraron prevalencias anuales de episodio depresivo de 4,2% en Lima Rural<sup>3</sup>; 4,3% en la Sierra Rural<sup>4</sup>; 5,0% de en la Sierra Peruana<sup>5</sup>; 6,1% en la Selva<sup>6</sup> y también en la Costa<sup>7</sup>; 7,9% en la ciudad de Abancay<sup>8</sup> y 8,6% en cinco ciudades de la frontera peruana<sup>9</sup>.

Cuando se usan escalas que miden síntomas depresivos las prevalencias arrojan cifras mucho mayores. Las cifras van desde 21,4%<sup>10</sup> hasta 38%<sup>11</sup>.

Entre los factores más frecuentemente asociados a la depresión en los adultos mayores están el sexo femenino<sup>12</sup>; el estado civil, estar viudo, divorciado o separado ofrece 1,2 mayores posibilidades de tener síntomas depresivos<sup>13</sup>, el bajo nivel educativo, el desempleo, la presencia de enfermedades físicas, la poca calidad de vida y las dificultades para realizar eficientemente las actividades de la vida diaria<sup>11</sup>. Además la depresión está considerada como un factor de riesgo para el suicidio<sup>14</sup>. La depresión puede presentarse en comorbilidad<sup>15</sup> junto a otros trastornos mentales como el trastorno de ansiedad generalizada<sup>16</sup>.

En 1510 residentes adultos de 60 y más años de edad de la ciudad de Bambui, Brasil, Castro E et al, encontraron que las mujeres tenían 1,15 mayor chance de tener síntomas depresivos; los separados, 1,30; los solteros, 1,25 y los adultos mayores con síntomas depresivos tuvieron 1,39 mayor chance de presentar gran dificultad para desempeñarse en sus actividades de la vida diaria<sup>11</sup>.

En una muestra de 246 adultos mayores residentes en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México, Pando et al encontraron una prevalencia de síntomas depresivos del 36,2%; mayor en el sexo femenino (43,2%) que en el masculino (27,1%). Encontraron que los desempleados tenían 4,21 más chances de hacer depresión; los viudos(as), 3,16; los solteros(as) 2,32 y en los adultos mayores de 80 a 84 años de edad el chance era 2,90<sup>17</sup>.

En una muestra de 3840 sudafricanos de 50 años y más, Peltzer K y Phaswana N encontraron una prevalencia anual de síntomas depresivos del 4,0%. En el análisis multivariado los factores significativamente asociados fueron discapacidad funcional, pérdida de la calidad de vida y condiciones crónicas (angina, artritis, asma y problemas nocturnos de sueño)<sup>18</sup>.

En el norte de Italia encontraron que más del 50% de los adultos mayores suicidas habían sido diagnosticados como depresivos según el DSM IV-TR<sup>14</sup>.

En una muestra aleatoria estratificada de 95 adultos mayores residentes en Majadahonda (España), Montorio et al encontraron que el 57,1% de los adultos mayores con depresión mayor

tenían trastorno de ansiedad generalizada y el 57,1% de los que tenían trastorno de ansiedad generalizada también tenían depresión mayor<sup>16</sup>.

En el Perú, la esperanza de vida al nacer ha aumentado y la tasa de natalidad ha disminuido lo que trae como consecuencia que la proporción de adultos mayores se incrementa. Según el INEI en el 2013, el 9,2% de la población total corresponderá 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. Entre el 2010 y el 2013, la población de 0 a 59 años se incrementó solamente en 2,7%; mientras que en ese mismo periodo la población de 60 y más años de edad aumentó en 10,8%<sup>19</sup>. Esta mayor proporción de adultos mayores demandará mayor número de atenciones de los sistemas de salud y mayores cuidados por parte de los familiares. Ante esta situación va a ser necesario que los gobiernos implementen políticas de atención de salud integral a los adultos mayores, para poder brindarles una mejor calidad de vida. Se hace necesario estudiar los factores asociados a la depresión, en el adulto mayor de la ciudad de Abancay, para poder intervenir en aquellos factores susceptibles de ser controlados, ya sea con tratamientos farmacológico o con afrontes terapéuticos específicos.

## Material y métodos

Investigación descriptiva, transversal, que usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Abancay realizado en el 2010. El muestreo fue probabilístico y en varias etapas. Primero se seleccionaron los conglomerados de manzanas, luego, los conglomerados de viviendas dentro de cada manzana, en la tercera etapa las viviendas y por último a los adultos mayores dentro de cada vivienda seleccionada en la etapa anterior.

La muestra total estuvo conformada por 1881 hogares y se encuestaron a 304 adultos de 60 a más años. La tasa de no respuesta en el adulto mayor fue de 8,36%.

Los instrumentos incluidos en los cuestionarios del adulto mayor fueron: el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores<sup>20,21</sup>, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia<sup>22</sup>, el Mini Mental State

Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de la ciudad de Abancay

Examination de Folstein<sup>23</sup>, el MINI (Entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10 de Sheehan y colaboradores)<sup>24</sup> y el Cuestionario de violencia Familiar de Anicama et al<sup>25</sup>.

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 análisis bivariados, entre prevalencia anual de episodio depresivo y los posibles factores, que según la literatura, estarían relacionados. Los factores que resultaron asociados significativamente en el análisis bivariado, 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 el análisis bivariado tenían prevalencias cero

o menores a cinco en alguna de sus categorías (Dificultad para mantener regularmente el aseo de su cuerpo, para relacionarse socialmente con las personas, dificultad para controlar sus pensamientos, pensamientos repetitivos u obsesiones, problemas con alcohol o drogas, cansancio mental o surmenage y paranoia o sentimientos de persecución).

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 la ciudad de Abancay 2010 se realizó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

Los factores incluidos en el análisis bivariado se describen en la Tabla 1.

**Tabla 1.**  
**FACTORES INCLUIDOS EN EL ANÁLISIS BIVARIADO**

| FACTORES                         |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Sociodemográficos</b>         |  |
| Edad                             | 60-74 años, 75 o más   |
| Sexo                             | Masculino, femenino.   |
| Estado civil                     | Actualmente unido (casado o conviviente)<br>Alguna vez unido (separado, viudo, divorciado)<br>Nunca unido (soltero).   |
| Nivel de instrucción             | Sin nivel/inicial, primaria, secundaria y bachillerato, superior y posgrado.   |
| Nivel de pobreza según NBI       | Pobre extremo (2 o más NBI), Pobre (una NBI), No pobre (ninguna NBI).  |
| Lengua Materna                   | Castellano; quechua, aymara u otra.  |
| Analfabetismo                    | No saber leer ni escribir.   |
| Desocupación                     | Estuvo buscando trabajo la semana anterior a la encuesta.  |
| 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.  |
| 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; pensamientos repetitivos u obsesiones y cansancio mental o surmenage.              |
| Satisfacción personal            | 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. |
| Estresores psicosociales         | 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.  |

| FACTORES                      |   |
|-------------------------------|---|
| Indicadores suicidas          | Deseos de morir, pensamientos suicidas, planeamiento suicida, conducta suicida.   |
| Cohesión familiar             | Cuanto le importaría hacer pasar vergüenza a su familia, que tanto siente que lo respetan, cuanto siente se apoyan unos a otros, cuan orgulloso se siente de su familia, que tanto siente que sus valores morales se parecen a los de su familia, que tanto se siente parte del progreso de su familia, que tanto siente que puede contar con su familia cuando tiene problemas, que tanto conversa con su familia sobre sus aspectos personales, que tanto toman en cuenta su opinión en las decisiones importantes, que tanto muestra su familia interés por sus sentimiento y afectos, que 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. |
| 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.   |
| Discriminación                | Presencia de al menos una discriminación en el último año.  |
| Violencia                     | En el último año 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).  |
| Actividades de la vida diaria | Presencia de dificultad o de limitación para. mantener regularmente el aseo del cuerpo, su aliño o arreglo personal; dificultades o limitaciones para desempeñar eficientemente sus ocupaciones (estudios, trabajo o casa); para asumir y desempeñar sus funciones como padre, madre, esposo (a), hijo(a); para relacionarse con los familiares, amigos, vecinos y personas en general; para organizar planificar y ejecutar sus actividades de la vida diaria.   |
| Deterioro cognoscitivo        | Presencia de deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia.   |
| Trastornos mentales           | Presencia de ansiedad generalizada (sin depresión), de síndrome psicótico.  |
| Consumo de sustancias         | Prevalencia anual de bebedor riesgoso de alcohol, de consumo perjudicial, de dependencia de alcohol.  |

## Resultados

La muestra estuvo constituida por 304 adultos mayores, el 41,7% fueron varones. El 28,2% tenía instrucción primaria, 64,3% eran analfabetos. El 55,2% estaba unido (casado o conviviente); el 43,7% estuvo alguna vez unido (viudo, separado o divorciado) y nunca unido (soltero), el 1,1% (Anexo Tabla 7). El 7,9% de los adultos mayores presentó episodio depresivo en el último año. Fue mucho mayor en el género femenino (12,6%) que en el masculino (1,4 %) (Tabla 2). La prevalencia anual de episodio depresivo fue de 7,9%.

En el análisis bivariado, el episodio depresivo

estuvo significativamente asociado ( $p < 0,05$ ) al sexo femenino y al nivel de pobreza extrema (Tabla 2).

También hubo asociación ( $p < 0,05$ ) con problemas de salud mental percibidos, deseos de morir, haber sido objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones y con haberse sentido abandonado. Además, hubo asociación de prevalencia anual de episodio depresivo con prevalencia anual de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y con dificultades para desempeñarse en diversas actividades de la vida diaria (Tabla 3).

Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de la ciudad de Abancay

**Tabla 2.**  
**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2010**

| FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS | MUESTRA | PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO |      | P (*) |
|----------------------------|---------|---|------|-------|
|                            |         | (N)                                     | %    |       |
| <b>Nivel de pobreza</b>    |         |   |      |       |
| Pobre extremo              | 13      | 4                                       | 30,6 | 0,03  |
| Pobre                      | 71      | 6                                       | 9,5  |       |
| No pobre                   | 176     | 14                                      | 6,3  |       |
| <b>Sexo</b>                |         |   |      |       |
| Masculino                  | 123     | 3                                       | 1,4  | 0,00  |
| Femenino                   | 176     | 21                                      | 12,6 |       |

(\*) Prueba de Independencia para muestras complejas

**Tabla 3.**  
**PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PERCIBIDOS, INDICADORES SUICIDAS, MALTRATO, PREVALENCIA ANUAL DE TAG, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD PERUANA DE ABANCAY, 2010.**

| FACTORES  | MUESTRA | PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO |       | P (*) |
|---|---------|---|-------|-------|
|   |         | (N)                                     | %     |       |
| <b>Problemas de salud mental percibidos</b>   |         |   |       |       |
| Excesiva tristeza, pena o depresión   | 123     | 21                                      | 0,186 | 0,00  |
| Excesivo miedo, pánico o ansiedad   | 19      | 5                                       | 0,254 | 0,01  |
| Ataque de nervios   | 9       | 5                                       | 0,493 | 0,00  |
| Tensión o estrés excesivo   | 12      | 6                                       | 0,565 | 0,00  |
| Preocupación excesiva   | 60      | 13                                      | 0,222 | 0,00  |
| <b>Indicadores suicidas</b>   |         |   |       |       |
| Deseos de morir   | 41      | 11                                      | 28,7  | 0,00  |
| <b>Maltrato</b>   |         |   |       |       |
| Ha sido objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones   | 114     | 13                                      | 12,8  | 0,02  |
| Ha sido objeto de abandono  | 92      | 12                                      | 12,7  | 0,03  |
| <b>Trastornos mentales</b>  |         |   |       |       |
| Prevalencia anual de TAG  | 10      | 5                                       | 58,8  | 0,00  |
| <b>Actividades de la vida diaria</b>  |         |   |       |       |
| Dificultades para desempeñar eficientemente sus ocupaciones   | 46      | 7                                       | 15,4  | 0,04  |
| Dificultades para asumir y desempeñar satisfactoriamente sus funciones como madre, padre, esposo(a) o hijo(a) | 22      | 7                                       | 29,8  | 0,00  |
| Dificultades para mantener regularmente el aseo de su cuerpo, su aliño o arreglo personal                     | 22      | 4                                       | 20,2  | 0,02  |
| Dificultades para relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y personas en general                      | 19      | 6                                       | 39,2  | 0,00  |
| Dificultades para organizar y ejecutar sus actividades de la vida diaria                                      | 23      | 6                                       | 25,3  | 0,00  |

(\*) Prueba de Independencia para muestras complejas

Igualmente se observaron asociaciones bivariadas significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre prevalencia anual de episodio depresivo con nada, poca o regular satisfacción con

su inteligencia y con el lugar de residencia. También, con importarle nada, poco o regular hacer algo que avergonzara a su familia (Tabla 4).

**Tabla 4.**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL, COHESIÓN FAMILIAR Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2010**

| FACTORES  | MUESTRA | PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO |      | p(*) |
|---|---------|---|------|------|
|   |         | (N)                                     | %    |      |
| <b>Satisfacción personal</b>  |         |   |      |      |
| <b>Qué tan satisfecho se siente con su inteligencia?</b>                        |         |   |      |      |
| Nada , poco, regular  | 138     | 15                                      | 11,8 | 0,00 |
| Bastante, mucho   | 151     | 9                                       | 5,0  |      |
| <b>¿Qué tan satisfecho se siente con el lugar de residencia donde vive?</b>     |         |   |      |      |
| Nada, poco, regular   | 111     | 14                                      | 13,0 | 0,02 |
| Bastante, mucho   | 186     | 10                                      | 5,2  |      |
| <b>Cohesión familiar</b>  |         |   |      |      |
| <b>Si usted hiciera algo que avergonzara a su familia, cuánto le importaría</b> |         |   |      |      |
| Nada, poco, regular   | 97      | 11                                      | 12,3 | 0,03 |
| Bastante, mucho   | 171     | 10                                      | 5,5  |      |

(\*) Prueba de independencia para muestras complejas

Hubo asociación bivariada significativa ( $p < 0,05$ ) entre prevalencia anual de episodio depresivo y nada o poco bienestar físico y nada o poco apoyo social emocional percibido (Tabla 5).

**Tabla 5.**  
**CALIDAD DE VIDA Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2010.**

| CALIDAD DE VIDA                 | MUESTRA | PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO |      | P (*) |
|---------------------------------|---------|---|------|-------|
|                                 |         | (N)                                     | %    |       |
| <b>Bienestar físico</b>         |         |   |      |       |
| Nada o poco                     | 15      | 5                                       | 27,7 | 0,01  |
| Regular                         | 186     | 14                                      | 8,0  |       |
| Bastante o mucho*               | 92      | 4                                       | 4,0  |       |
| <b>Apoyo social - emocional</b> |         |   |      |       |
| Nada o poco                     | 7       | 3                                       | 35,4 | 0,02  |
| Regular                         | 138     | 8                                       | 5,5  |       |
| Bastante o mucho*               | 144     | 12                                      | 8,9  |       |

\* Categoría de referencia

**Tabla 6.**  
**FACTORES ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE ABANCAY, 2010. REGRESIÓN LOGÍSTICA FINAL.**

| FACTORES ASOCIADOS                 | OR AJUSTADO | INTERVALO DE CONFIANZA AL 95% |          |
|------------------------------------|-------------|-------------------------------|----------|
|                                    |             | INFERIOR                      | SUPERIOR |
| Deseos de morir                    | 4,7         | 1,7                           | 13,1     |
| Prevalencia anual de TAG comórbida | 11,4        | 2,7                           | 48,4     |
| Sexo Femenino                      | 14,5        | 3,2                           | 66,2     |

Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de la ciudad de Abancay

Para evaluar la posible asociación entre el episodio depresivo y el conjunto de factores que salieron significativos en el análisis bivariado, se ajustaron varios modelos de regresión logística controlando los factores socio-demográficos. Los intervalos de confianza para la asociación entre episodio depresivo con sexo femenino (IC: 3,2-66,2) y con prevalencia anual de trastorno de ansiedad generalizada (IC: 2,7-48,4) fueron muy amplios por lo cual hay que tomar con cautela estos resultados (Tabla 6).

## Discusión

La asociación entre depresión y género femenino es muy frecuente encontrarla en la literatura. Pando et al encontraron una mayor prevalencia de síntomas depresivos en el sexo femenino (43,2%) que en el masculino (27,1%)<sup>15</sup>. Castro et al encontraron que las mujeres tuvieron 1,15 mayor chance de tener síntomas depresivos<sup>11</sup>. En nuestro estudio, las mujeres tuvieron 14 veces más chances de sufrir episodio depresivo. Este OR alto así como el intervalo de confianza tan amplio puede deberse a que la muestra fue pequeña.

En nuestro estudio hemos encontrado asociación entre episodio depresivo y deseos de morir. Los indicadores suicidas van desde el deseo de morir, pasando por ideación y planeamiento suicidas, hasta llegar a la conducta suicida. La depresión es la patología que con mayor frecuencia se relaciona con la conducta suicida<sup>12,26</sup>. En los adultos mayores de Abancay, la prevalencia anual de deseos de morir fue de 12,6%<sup>8</sup>. Sin embargo, tanto la prevalencia anual como la mensual de conducta suicida fue de 0%. 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.

En cuanto a la asociación entre episodio depresivo y prevalencia anual de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), es frecuente encontrarla en la literatura. Wuthrich V y Rapee R, encontraron en una muestra de 62 adultos de 60 a 84 años de edad residentes en la comunidad que el 89% reunía criterios diagnósticos completos del DSM IV tanto para trastornos de ansiedad como para trastornos del afecto<sup>2</sup>. En 3035 adultos de 55 y más años de edad,

Gonçalves et al encontraron una prevalencia de trastorno de ansiedad generalizado (TAG) en los últimos 12 meses de 2,8% según el DSM IV. En esta submuestra con TAG, el 54% de ella tenía además trastorno depresivo mayor<sup>28</sup>. En nuestro estudio la asociación entre prevalencia anual de episodio depresivo y TAG tuvo un OR ajustado de 11,5 y el IC también fue muy amplio. Estos resultados hay que tomarlos con precaución. Nuestra muestra de adultos mayores fue pequeña.

Sería recomendable que cuando un clínico evalúe a un adulto mayor con episodio depresivo busque otras comorbilidades, especialmente con trastorno de ansiedad generalizada, para prescribir el tratamiento más adecuado que incluya a ambos trastornos.

## Limitaciones

Este es un estudio secundario que utilizó la base de datos de un estudio epidemiológico. La muestra con la que hemos trabajado ha sido muy pequeña ya que no fue calculada específicamente para este estudio.

Por tratarse de un estudio basado en encuesta, las respuestas están teñidas de subjetividad. Nuestros hallazgos no se corroboraron 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 no tienen conflictos de intereses.

## Conclusiones

El episodio depresivo en el adulto mayor de Abancay 2010 estuvo asociado con género femenino, deseos de morir y con prevalencia anual de trastorno de ansiedad generalizada.

Por los intervalos de confianza tan amplios, los resultados deben ser tomados con precaución.

**Correspondencia:**

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

**ANEXO**

**Tabla 7.**  
**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL ADULTO MAYOR DE LA**  
**CIUDAD PERUANA DE ABANCAY, 2005.**

| Factores sociodemográficos                      | %    | n   |
|---|------|-----|
| <b>Edad</b>                                     |      |     |
| 60 a 74   | 70,5 | 218 |
| 75 o más  | 29,5 | 86  |
| <b>Sexo</b>                                     |      |     |
| Masculino                                       | 41,7 | 124 |
| Femenino  | 58,3 | 180 |
| <b>Estado civil</b>                             |      |     |
| Unido (casado y conviviente)                    | 55,2 | 141 |
| Alguna vez unido (separado, viudo y divorciado) | 43,7 | 159 |
| Nunca unido (soltero)                           | 1,1  | 4   |
| <b>Nivel de instrucción</b>                     |      |     |
| Sin nivel / inicial                             | 31,0 | 99  |
| Primaria  | 28,2 | 83  |
| Secundaria y Bach.                              | 22,5 | 68  |
| Superior  | 18,2 | 54  |
| <b>Nivel de pobreza según NBI</b>               |      |     |
| Pobre extremo (dos o más NBI)                   | 3,2  | 13  |
| Pobre (una NBI)                                 | 24,1 | 73  |
| No Pobre (ninguna NBI)                          | 72,7 | 218 |
| <b>Lengua Materna</b>                           |      |     |
| Castellano                                      | 22,9 | 67  |
| Quechua, aymara u otra                          | 77,1 | 237 |
| <b>Sabe leer y escribir</b>                     |      |     |
| No  | 35,7 | 115 |
| Si  | 64,3 | 188 |
| <b>Estuvo buscando trabajo</b>                  |      |     |
| No  | 52,5 | 158 |
| Si  | 47,5 | 146 |

**Referencias**

- Todd R, Rossi M, Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en América Latina. Cuad Econ. 2007 Jan-June; 26(46). Disponible en: [http://www.fce.unal.edu.co/media/files/documentos/Cuadernos/46/v26n46\\_jewell\\_2007.pdf](http://www.fce.unal.edu.co/media/files/documentos/Cuadernos/46/v26n46_jewell_2007.pdf). Acceso: 26 de diciembre del 2013.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- 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.
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-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.
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico



Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de la ciudad de Abancay

- 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.
- 10 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.
  - 11 Castro E, Costa M, 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.
  - 12 Silva M, Galvao T, Martins S, Pereira M. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: A systematic review and meta-análisis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014 Sept;36(3): 262-270. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462014000300262&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462014000300262&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1294>. Acceso: 14 de agosto de 2015.
  - 13 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.
  - 14 Pompili M, Innamorati M, Masotti V, Personnè 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. En: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleListURL&\\_method=list&\\_ArticleListID=-717663684&\\_st=13&filterType=&searchtype=a&originPage=rslt\\_list&origin=&mlktType=&md5=24b7bef0ebc567849986c45fab7b3e1](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=-717663684&_st=13&filterType=&searchtype=a&originPage=rslt_list&origin=&mlktType=&md5=24b7bef0ebc567849986c45fab7b3e1). Acceso: 22 de enero de 2015.
  - 15 Definición de comorbilidad. En: Bravo N. Frecuencia y características clínicas de la patología dual en adultos, hospitalizados en la DEIDAE de adicciones del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en el periodo 2005-2010. Tesis para el título de Especialista. 2014, 66 pág. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=724512&indexSearch=ID>. Acceso: 26 de enero de 2015.
  - 16 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.
  - 17 Pando M., Aranda C Alfaro N, Mendoza P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2001; 36 (3):140-144. Disponible en: <http://www.cucs.udg.mx/iiso/files/File/505%20Prevalencia%20de%20depresi%F3n%20en%20adultos%20mayores%20en%20poblaci%F3n.pdf>. Acceso: 19 de agosto del 2008.
  - 18 Peltzer K, Phaswana N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Glob Health Action*. 2013; 6: 10.3402/gha.v6i0.18871. Published online 2013 January 18. doi: 10.3402/gha.v6i0.18871. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549465/>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
  - 19 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](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf). Acceso: 28 de diciembre del 2013.
  - 20 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.
  - 21 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.
  - 22 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.
  - 23 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.
  - 24 Lecrubrier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorin P, Bonora LI, Lépine JP et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. 2001.
  - 25 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.
  - 26 Ribot V, Alfonso M, Ramos M, González A. Suicidio en el adulto mayor. *Rev haban cienc méd*. 2012; 11(Supl 5).
  - 27 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.
  - 28 Gonçalves D, Pachana N, Byrnes G. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 132: 223-230. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711000772>. Acceso: 27 de enero de 2015.