

EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA, 2004

DEPRESSIVE EPISODE IN THE ELDERS OF IQUITOS, TARAPOTO AND PUCALLPA, 2004

Vilma Paz¹

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia anual del episodio depresivo según diversos factores en adultos mayores de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, 2004.

MÉTODOS: Estudio epidemiológico descriptivo, transversal, probabilístico, trietápico, parte del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Muestra: 1 187 adultos de 60 años y más, residentes habituales en viviendas urbanas de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa. Instrumentos: cuestionarios elaborados a partir del Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores, Cuestionario de Salud Mental de Colombia, Mini Mental State Examination de Folstein, Cuestionario de Violencia Familiar de Anicama y colaboradores, MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión española CIE-10, de Sheehan y colaboradores y el Cuestionario de Pfeffer.

RESULTADOS: Se encontraron prevalencias anuales significativamente mayores ($p < 0,05$) en aquellos cuya lengua materna era el quechua, aymara u otra, en los que habían presentado alguna enfermedad física o accidente en los últimos seis meses, los que sentían nada o poca satisfacción personal, que se habían sentido discriminados alguna vez en la vida por su edad, los que se sentían regularmente orgullosos de su familia, que no predicaban ni enseñaban la religión a otras personas, que presentaban poca calidad de vida y en aquellos con dificultades severas o totales para desempeñarse en las actividades de la vida diaria. También fue mayor ($p < 0,05$) en los que alguna vez en su vida habían deseado morir y en los que habían pensado quitarse la vida, en los que habían recibido algún tipo de maltrato o violencia y en los que presentaban síndrome demencial.

CONCLUSIONES: Hubo mayores prevalencias según lengua materna, presencia de enfermedad física o accidente, prácticas de vida religiosa; grado de satisfacción personal, cohesión familiar, calidad de vida, de dificultad en sus actividades de la vida diaria; haber deseado morir alguna vez, haber pensado quitarse la vida y haberse sentido discriminado por su edad, haber recibido algún maltrato y presentar síndrome demencial.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor. Episodio depresivo. Prevalencias. Discriminación. Calidad de vida.

SUMMARY

OBJECTIVE: Determine the annual prevalence of depressive episode according to several factors: socio-demographic, self-satisfaction, discrimination, familiar support, religious life; quality of life, activities of daily living, disability, presence of physical troubles or accidents in the last six months, psychosocial stressors, suicidal indicators, violence and presence of dementia in the elders of Iquitos, Tarapoto and Pucallpa in 2004.

METHODS: Descriptive, epidemiological and cross-sectional study, which is part of the 2004 Epidemiological Mental Health Study in the Peruvian Forest. The sample involved 1 187 people aged 60 and above, who usually lived in the urban area of the cities of Iquitos, Tarapoto and Pucallpa in 2004. The instruments used were: The Quality Index 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.

RESULTS: We found prevalences annual significantly ($p < 0,05$) higher in the elders whose mother tongue was quechua, aymara or another different to Spanish; in those with some illness or accident in the last six months; who felt nothing or little personal satisfaction; who have felt some time in their lives discrimination by their age; who felt nothing or little proud of their family; who did not preach or teach the religion to other people; who had any or low quality of life; total or severe disability in activities of daily living. Finally, the annual prevalences of depressive episode were higher in the elders who sometime in their lives have desired to die and have had suicidal thoughts; who have received some kind of violence and in those who had dementia.

CONCLUSIONS: The annual prevalences of depressive episode in the elders of Iquitos, Tarapoto and Pucallpa were higher according to the mother tongue, the presence of illness or accident in the last six months, quality of life, the degree of family support, the degree of difficulty in their activities of daily living, suicidal indicators, violence and presence of dementia.

KEY WORDS: Elder. Depressive episode. Prevalences. Discrimination. Quality of life.

1. Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de Lima, Perú.

Episodio Depresivo en el Adulto Mayor de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, 2004

En 1979 la OMS consideraba como adulto mayor, en los países desarrollados, a las personas a partir de los 65 años y, en los países en desarrollo, a partir de los 60 años. En 1994, la OPS ajustó la edad de 65 y más años para considerarlo como "adulto mayor"¹. En el presente estudio se han incluido como adultos mayores a las personas de 60 años y más.

En 1984, la OMS estableció el uso del término "adulto mayor" para referirse a las personas de 60 años y más. A partir de 1996, la ONU las llamó "personas adultas mayores" (PAM)².

En la depresión del adulto mayor confluyen varios factores; biológicos como alteración en la producción y actividad de neurotransmisores, así como en la sensibilidad de los receptores; factores psicosociales como bajo nivel educativo, pobreza, soledad y pobre soporte socio-familiar; enfermedades físicas y discapacidad³.

En una investigación realizada en 210 adultos de 60 años y más, provenientes del Departamento de Pacientes Ambulatorios del Instituto Regional de Investigación de Medicina Unani, Srinagar y del Programa Clínico Móvil del mismo Instituto en las áreas pobres urbanas de la ciudad de Srinagar, India, Munshi YI, Iqbal M, Rafique H y Ahmad Z, encontraron que el 60% de los adultos mayores sin soporte familiar tenía depresión y sólo el 20% de los que tenían soporte familiar tenía depresión⁴.

En una muestra aleatoria de 1 300 adultos de 65 años y más, residentes en Taiwán, Mian-Yoon Chong, Hin-Yeling Tsang, Chen-Shen Chen, Chwen-Cheng Chen, Tzung-Lien Yeh y Yi-Hui Lee, encontraron una prevalencia en el último mes del 5,9% de depresión mayor; un alto riesgo de desórdenes depresivos entre los adultos mayores viudos, con bajo nivel educativo, que vivían en el área urbana y en los que tenían enfermedades físicas⁵.

En 2 695 adultos de 60 años y más, residentes en la zona rural de 3 países asiáticos, Wada T y col. encontraron depresión en el 29% de ellos. Las personas con depresión tenían significativamente bajos puntajes en actividades de la vida diaria y en calidad de vida⁶.

En 242 personas de 65 y más años, (23 personas fueron excluidas por haber obtenido menos de 18 puntos en el MMSE), residentes de las ciudades Proaza, Quiros y Santo Adriano

(Asturias), Fernández-Fernández C, Caballer-García J, Saiz-Martínez PA, García-Portilla González MP, Martínez Larrondo S y Bobes García J, encontraron probable depresión en el 23,1% de todos ellos. Las mayores prevalencias fueron para las mujeres, para los que vivían solos, carecían de estudios, pertenecían al sector rural, padecían patología física o psíquica, presentaban mayor deterioro cognitivo, peor salud general y tenían una peor percepción de su calidad de vida⁷.

En Torreón, Coahuila, México, Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG y Velasco-Rodríguez VM, realizaron un estudio transversal prospectivo, en 320 personas de 65 y más años, hospitalizadas entre junio y diciembre del 2003; después de eliminar diez pacientes catalogados como portadores de demencia, encontraron depresión global en el 50% de los pacientes; dependencia en el 62% de ellos, medida con la Escala de Katz, y en el 75%, con la de Lawton. Encontraron mayores prevalencias en los mayores de 80 años, en las mujeres, en los que vivían solos, que tenían dependencia, y que presentaban enfermedades crónicas degenerativas⁸.

Varela-Pinedo Luis, Chávez-Jimeno Helver, Herrera-Morales Antonio, Ortiz-Saavedra Pedro y Chigne-Verástegui Oscar, encontraron, en 400 adultos mayores internados en los Servicios de Medicina Interna de diversos hospitales del Perú, una prevalencia de 15,9% de depresión y autonomía funcional en el 53% de ellos, pérdida de la capacidad funcional para una o más actividades de la vida diaria en el 47% y 17% de dependencia total, medida con el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria de Katz⁹.

En los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" en Sierra peruana (2003)¹⁰, Selva Peruana (2004)¹¹ y en Fronteras (2005)¹² se encontró en los adultos mayores, una prevalencia anual de episodio depresivo del 5,0% (5,5% en el género femenino y 4,4% en el masculino); 6,7% (7,5% en el género femenino y 5,7% en el masculino) y 8,6% (12,8% en el género femenino y 4,3% en el masculino) respectivamente. Las prevalencias anuales de maltrato hacia el adulto mayor fueron de 24,5% en Lima y Callao (2002); 9,2% en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (2003); 8,8% en Iquitos, Tarapoto y Pucallpa (2004) y en Fronteras (Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna y Tumbes (2005) fue de 11,5%^{10,11,12,13}.

Como se ha podido constatar, en el Perú, en relación al adulto mayor, la mayoría de estudios se han realizado en centros hospitalarios. Los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental, realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en diversas ciudades del Perú (2002-2010), son de los pocos que han incluido a adultos mayores de la comunidad.

La estructura de la población en el Perú está experimentando profundos cambios, al igual que en el resto de países de América Latina y el Caribe. Al aumentar la esperanza de vida al nacer y disminuir la tasa de natalidad, como está ocurriendo, la proporción de adultos mayores aumenta. En el Perú, en el año 2007, los adultos mayores constituían el 9,1% de la población total (2 486 866). Si bien, en los últimos 35 años, la población en su conjunto ha crecido con una tasa promedio anual de 2,0%, durante ese mismo período, los adultos mayores, han presentado una mayor velocidad de crecimiento (3,3% anual)¹⁴.

La población está envejeciendo y el número de adultos mayores es cada vez mayor. Estos adultos mayores demandarán mayor número de atenciones de los sistemas de salud y mayores cuidados de parte de sus familiares. Esta situación planteará un reto a los gobiernos para que implementen políticas de salud integral para atender a los miembros de la familia; y en particular a los adultos mayores, proporcionándoles una mejor calidad de vida. Más aún, si tomamos en cuenta que la depresión continúa presentando, a esta edad, mayor prevalencia en las mujeres que en los varones y que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los varones, se hace necesario estudiar la prevalencia de depresión en los adultos mayores de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa.

Material y métodos

Es una investigación descriptiva, de corte transversal, que forma parte del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana (EESMSP, 2004), realizado en el área urbana de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa. El muestreo fue probabilístico y trietápico. En la primera etapa se seleccionaron los conglomerados de viviendas, en la segunda, las viviendas dentro de los conglomerados seleccionados en la primera etapa y en la última etapa, a los adultos mayores de cada

vivienda seleccionada. La muestra total estuvo conformada por 5 494 hogares y se entrevistó a 1 187 adultos de 60 años y más. La tasa de no respuesta fue de 0,64%¹.

Para el estudio del adulto mayor, se aplicaron los módulos de Datos generales, Acceso a servicios, Salud integral, Relaciones intrafamiliares, Síndromes clínicos A, Síndromes clínicos B y Módulo de funciones cognitivas. El Módulo de Síndromes Clínicos A incluyó preguntas sobre trastornos mentales tales como agorafobia, fobia social, pánico, ansiedad generalizada, estrés post-traumático, distimia, episodio depresivo único, trastorno depresivo recurrente, episodio maniaco, síndrome psicótico y también sobre la atención recibida. El Módulo de Síndromes Clínicos B incluyó preguntas sobre prevalencias de trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicotrópicas, tabaco y juego patológico¹.

Los instrumentos utilizados fueron: el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia, el Mini Mental State Examination de Folstein y el MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión española CIE-10, de Sheehan y colaboradores), el Cuestionario de Violencia Familiar de Anicama y col¹.

En el presente estudio, el diagnóstico de episodio depresivo incluyó tanto el episodio depresivo único como el trastorno depresivo recurrente de grados moderado y severo. Las variables incluidas fueron: socio-demográficas, de satisfacción personal, de discriminación, cohesión familiar, actividades religiosas, calidad de vida, actividades de la vida diaria, incapacidad, problema físico o accidente, estresores psico-sociales, maltrato, indicadores suicidas y funcionamiento cognoscitivo¹.

El análisis comparativo de las prevalencias, según las variables incluidas en el estudio, se realizó con la prueba F para muestras complejas. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.

Los encuestados participaron voluntariamente, firmando un consentimiento informado antes de responder la encuesta. El Comité de Ética del Instituto del INSM "HD-HN", aprobó la encuesta del Estudio Epidemiológico de Salud Mental Selva Peruana 2004.

Episodio Depresivo en el Adulto Mayor de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, 2004

Resultados

La muestra estuvo constituida por 1 187 adultos mayores. De éstos, 53,6% fueron mujeres. El 62,4% de ellos tenía, como máximo nivel educativo, primaria. El 15,1% era analfabeto. El 55,8% estaba en condición de unido (casado o conviviente) y el 44,1% restante, no unido (viudo, divorciado, separado, o soltero). Solo el

2,3% estaba buscando trabajo y el 39,0% había trabajado la semana anterior¹⁵.

La prevalencia anual (20,8%) de episodio depresivo fue significativamente mayor ($p < 0,05$) en los adultos mayores cuya lengua materna era el quechua, aymara u otra, en comparación con aquellos cuya lengua materna era el castellano (Tabla 1).

Tabla 1.
EPISODIO DEPRESIVO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SATISFACCIÓN PERSONAL, COHESIÓN FAMILIAR Y VIDA RELIGIOSA EN EL ADULTO MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA, 2004

VARIABLES	MUESTRA TOTAL	EPISODIO DEPRESIVO				F AJUSTADA	P - VALOR
		PRESENTE		AUSENTE			
		(N)	%	(N)	%		
SOCIODEMOGRÁFICAS							
Lengua materna							
Castellano	1141	72	6,1	1069	93,9	10,936	0,001
Quechua, Aymara y otros	40	7	20,8	33	79,2		
SATISFACCIÓN PERSONAL							
... su aspecto físico?							
Nada o poco	162	20	11,5	142	88,5	6,646	0,001
Regular	293	27	10,3	266	89,7		
Bastante o mucho	686	32	4,3	654	95,7		
... su nivel socioeconómico?							
Nada o poco	398	39	10,3	359	89,7	4,966	0,007
Regular	427	20	4,5	407	95,5		
Bastante o mucho	324	17	5,0	307	95,0		
... su nivel educativo?							
Nada o poco	416	35	6,4	381	86,5	3,387	0,035
Regular	273	17	5,8	256	94,2		
Bastante o mucho	383	18	4,2	365	95,8		
... sus amistades o relaciones sociales?							
Nada o poco	114	14	13,6	100	86,4	3,352	0,036
Regular	257	16	6,6	241	93,4		
Bastante o mucho	778	48	5,9	730	94,1		
... con el lugar de residencia?							
Nada o poco	92	12	15,0	80	85,0	3,916	0,020
Regular	218	18	8,0	200	92,0		
Bastante o mucho	856	49	5,5	807	94,5		
COHESIÓN FAMILIAR							
¿Cuán orgulloso se siente de su familia?							
Nada o poco	82	5	7,9	77	92,1	8,529	0,000
Regular	139	17	16,2	122	83,8		
Bastante o mucho	917	53	5,0	864	95,0		
VIDA RELIGIOSA							
¿Predica o enseña la religión a otras personas?							
Sí	463	22	3,8	441	96,2	6,951	0,009
No	691	55	8,4	636	91,6		

Significativo $P \leq 0,05$

La prevalencia anual de episodio depresivo fue significativamente mayor ($p < 0,05$) en aquellos adultos mayores poco o nada satisfechos con su lugar de residencia (15,0%), con sus amistades o relaciones sociales (13,6%), su aspecto físico (11,5%), su nivel socio-económico (10,3%) y

su nivel educativo (6,4%). Del mismo modo, las prevalencias de episodio depresivo fueron significativamente mayores ($p < 0,05$) en aquellos adultos mayores regularmente orgullosos de su familia (16,2%) y en los que no predicaban ni enseñaban la religión a otras personas (8,4%).

Tabla 2.
EPISODIO DEPRESIVO, CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA, 2004.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL	EPISODIO DEPRESIVO				F AJUSTADA	P - VALOR
		PRESENTE		AUSENTE			
		(N)	%	(N)	%		
CALIDAD DE VIDA							
Bienestar físico							
Ninguno o poco	65	14	22,9	51	77,1	14,553	0,000
Moderado	666	45	7,0	621	93,0		
Mucho	400	17	3,1	383	96,9		
Bienestar psicológico o emocional							
Ninguno o poco	20	4	21,2	16	78,8	7,034	0,001
Moderado	451	39	9,0	412	91,0		
Mucho	658	32	4,3	626	95,7		
Autocuidado y funcionamiento independiente							
Ninguno o poco	19	3	24,2	16	75,8	4,683	0,014
Moderado	330	31	9,2	299	90,8		
Mucho	783	42	5,1	741	94,9		
Funcionamiento ocupacional							
Ninguno o poco	63	11	19,4	52	80,6	7,271	0,001
Moderado	419	34	7,8	385	92,2		
Mucho	646	31	4,6	615	95,4		
Apoyo social emocional							
Ninguno o poco	61	8	10,0	53	90,0	2,635	0,074
Moderado	444	33	8,4	411	91,6		
Mucho	622	34	5,0	588	95,0		
Apoyo comunitario							
Ninguno o poco	168	17	11,5	151	88,5	4,417	0,013
Moderado	591	40	7,1	551	92,9		
Mucho	364	18	3,6	346	96,4		
Plenitud personal							
Ninguno o poco	28	7	21,6	21	78,4	6,127	0,003
Moderado	412	30	8,5	382	91,5		
Mucho	677	38	5,0	639	95,0		
Satisfacción espiritual							
Ninguno o poco	13	2	17,6	11	82,4	9,313	0,000
Moderado	279	27	12,4	252	87,6		
Mucho	829	45	4,7	784	95,3		
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA							
...mantener regularmente el aseo de su cuerpo?							
Ninguna	1063	62	5,6	1001	94,4	6,761	0,000
Leve y moderada	85	13	14,7	72	85,3		
Severa y total	28	5	25,7	23	74,3		
...desempeñar eficientemente sus ocupaciones?							
Ninguna	904	45	4,6	859	95,4	6,885	0,000
Leve y moderada	215	26	12,1	189	87,9		
Severa y total	56	9	17,7	47	82,3		
... asumir y desempeñar eficientemente sus funciones como padre, madre, esposo o hijo							
Ninguna	1086	69	6,2	1017	93,8	4,995	0,002
Leve y moderada	61	6	7,8	55	92,2		
Severa y total	25	5	32,6	20	67,4		
...relacionarse con su familia?							
Ninguna	1090	64	5,6	1026	94,4	8,172	0,000
Leve y moderada	69	13	23,0	56	77,0		
Severa y total	16	3	16,9	13	83,1		
... para organizar y ejecutar actividades de la vida diaria?							
Ninguna	985	57	5,7	928	94,3	5,120	0,001
Leve y moderada	142	14	8,9	128	91,1		
Severa y total	45	9	24,6	36	75,4		

Significativo P ≤ 0,05

Episodio Depresivo en el Adulto Mayor de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, 2004

Se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en la prevalencia anual de episodio depresivo, según el nivel de calidad de vida de los adultos mayores. Así, las prevalencias anuales fueron elevadas en aquellos adultos mayores que presentaban poco o ningún autocuidado y funcionamiento independiente (24,2%), bienestar físico (22,9%), poca o ninguna plenitud personal (21,6%), poco o ningún bienestar psicológico o emocional, (21,2%) y funcionamiento ocupacional (19,4%), poca o ninguna satisfacción espiritual (17,6%) y poco o ningún apoyo comunitario y de servicios (11,5%).

El análisis de las actividades de la vida diaria

mostró prevalencias anuales significativamente mayores ($p < 0,05$) en los adultos mayores con dificultades severas o totales para desempeñarse en sus actividades de la vida diaria. Así, la prevalencia en los que presentan dificultades severas o totales para asumir y desempeñar eficientemente sus funciones como madre, padre, esposo(a) o hijo(a) fue 32,6%; para mantener regularmente el aseo de su cuerpo, 25,7%; para organizar y ejecutar sus actividades de la vida diaria, 24,6% y para desempeñar eficientemente sus ocupaciones, 17,7%. En los que presentaban dificultades leves y moderadas para relacionarse con su familia, amigos, vecinos y personas en general, la prevalencia fue de 23,0% (Tabla 2).

Tabla 3.
EPISODIO DEPRESIVO, INDICADORES SUICIDAS, DISCRIMINACIÓN, MALTRATO Y SÍNDROME DEMENCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE IQUITOS, TARAPOTO Y PUCALLPA, 2004.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL	EPISODIO DEPRESIVO				F CORREGIDA	P - VALOR
		PRESENTE		AUSENTE			
		(N)	%	(N)	%		
INDICADORES SUICIDAS							
¿Alguna vez en su vida ha deseado morir?							
Sí	895	39	4,2	856	95,8		
No	283	41	14,6	242	85,4	29,672	0,000
¿Alguna vez ha pensado quitarse la vida?							
Sí	69	12	14,4	57	85,6		
No	1109	68	6,2	1041	93,8	6,811	0,009
DISCRIMINACIÓN							
...edad?							
Sí	125	15	13,7	110	86,3		
No	1058	65	5,8	993	94,2	6,985	0,009
MALTRATO							
¿Ha recibido cualquier tipo de maltrato o violencia en forma sistemática en el último año?							
Sí	33	7	21,2	26	78,8		
No	1139	73	6,2	1066	93,8	8,379	0,004
¿Ha sido objeto en contra de su voluntad de intentos o de actos sexuales forzados o bajo amenaza?							
Sí	78	11	14,2	67	85,8		
No	1093	69	6,3	1024	93,7	5,780	0,017
¿Ha recibido golpes, puñetes o empujones?							
Sí	596	59	9,7	537	90,3		
No	576	21	3,9	555	96,1	9,512	0,002
¿Ha recibido insultos, agresiones verbales u ofensas?							
Sí	654	54	8,9	600	91,1		
No	517	26	4,1	491	95,9	10,776	0,001
¿Ha sido objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones?							
Sí	249	29	12,0	220	88,0		
No	921	51	5,5	870	94,5	9,886	0,002
¿Se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado (a) porque no le han dado alimentos, vestido, medicinas, vivienda o afecto?							
Sí	206	27	15,1	179	84,9		
No	964	53	5,0	911	95,0	18,885	0,000
Presencia de síndrome demencial							
Sí	205	21	10,3	184	89,7		
No	846	46	5,5	800	94,5	4,637	0,032
¿Durante los últimos seis meses presentó alguna enfermedad física o accidente?							
Sí	595	53	8,9	542	91,1		
No	585	27	4,2	558	95,8	8,997	0,003

Significativo $P \leq 0,05$

Finalmente, la prevalencia anual de episodio depresivo fue significativamente mayor ($p < 0,05$) en los que habían sufrido cualquier tipo de maltrato sistemático en el último año (21,2%)¹, entre aquellos que alguna vez habían sido discriminados por su edad (13,7%), entre aquellos que alguna vez habían deseado morir (14,6%) o pensado quitarse la vida (14,4%), en los que presentaban síndrome demencial (10,3%) y los que habían sufrido alguna enfermedad o accidente en los últimos seis meses (8,9%) (Tabla 3).

Discusión

Se observó mayor prevalencia anual de episodio depresivo en los adultos mayores que habían presentado alguna enfermedad física o accidente en los últimos seis meses, en los que presentaban síndrome demencial y peor calidad de vida. Nuestros hallazgos coinciden con los de Fernández y col, quienes usando como instrumento la escala de Depresión Geriátrica de Brink (EDG) encontraron mayores prevalencias de depresión en los adultos mayores que carecían de estudios, en las mujeres, que padecían patología física o psíquica, en los que presentaban mayor deterioro cognitivo, una peor salud general y una peor percepción de su calidad de vida⁷.

También se encontraron mayores prevalencias anuales de episodio depresivo en los adultos mayores que presentaban dificultad severa o total para desempeñarse en sus actividades de la vida diaria y ninguna o poca calidad de vida; al igual que Wada y col, quienes encontraron que los adultos mayores con depresión obtenían menores puntajes en las escalas que medían actividades de la vida diaria y calidad de vida⁶.

Mella y col., en una muestra intencional de 145 adultos mayores beneficiarios del Sistema Municipal de Talcahuano, Chile, encontraron una relación significativa entre depresión y apoyo social percibido¹⁵. Estos resultados coinciden con lo encontrado en el presente estudio.

En el presente estudio se encontró relación significativa entre episodio depresivo y grado de dificultad en las relaciones interpersonales.

Este hallazgo coincide con lo encontrado en la población colombiana, en el estudio realizado entre el año 2000 y el 2001 por Gómez-Restrepo y col. en adultos de 18 y más años¹⁶.

Se encontró mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores cuya lengua materna era el quechua, aymara u otra diferente al castellano. Este hallazgo coincide con lo encontrado por Vilma Paz en los adultos mayores residentes en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002¹⁷. El aislamiento social en estos quechua hablantes podría explicar la mayor prevalencia de episodio depresivo en ellos.

Sería recomendable coordinar con el Ministerio de Educación la implementación de programas de alfabetización, especialmente dirigidos a este grupo poblacional. Y, con el Ministerio de Salud, programas de detección precoz de enfermedades físicas más prevalentes en el adulto mayor y de prevención de depresión en los adultos mayores que debutan con alguna enfermedad física. Además, programas de capacitación, dirigidos a familiares, cuidadores y personas que viven con el adulto mayor, para reforzar su soporte familiar, social y comunitario.

Conclusiones

En Iquitos, Tarapoto y Pucallpa la prevalencia anual de episodio depresivo fue significativamente mayor en los adultos mayores cuya lengua materna era el quechua, aymara u otra, en los que habían presentado alguna enfermedad física o accidente en los últimos seis meses y en los que sentían nada o poca satisfacción personal. También, en los que se sentían nada o poco orgullosos de su familia, en los que no predicaban o no enseñaban la religión a otras personas, en los que presentaban poca calidad de vida y en los que tenían dificultades severas o totales para desempeñarse en las actividades de la vida diaria. Finalmente, la prevalencia anual de episodio depresivo fue significativamente mayor en los que habían deseado morir alguna vez en la vida, en los que habían pensado alguna vez quitarse la vida, en los que habían recibido algún tipo de maltrato, en los que se habían sentido discriminados alguna vez en la vida por su edad, y en los que presentaban síndrome demencial.

Episodio Depresivo en el Adulto Mayor de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, 2004

Correspondencia:

Psiqu. Vilma Paz
Jr. Eloy Espinoza Saldaña 709
Urbanización Palao
Lima, 31
Perú.
Teléfono: (511) 614-9201
Correo electrónico: zoilapaz11@yahoo.com

Referencias

1. OMS. Acuerdo de Kiev. Serie de Informes Técnicos: Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos. Informe de un comité de expertos. OMS, 1979. Ginebra - Suiza.
2. Naciones Unidas, 1996. Resolución 50/141 aprobada en Asamblea General.
3. Guerra M. Depresión en el Adulto Mayor. En Varela L. Principios de Geriátrica y Gerontología. 1ª edición. Lima, Perú. Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. P. 349-357.
4. Munshi Y, Iqbal M, Rafique H, Ahmad Z. Geriatric morbidity pattern and depression in relation to family support in aged population of Kashmir Valley. Internet Journal of Geriatrics and Gerontology ISSN:1937-8211. Acceso: 22 de diciembre del 2009.
5. Chong M, Tsang H, Chen Ch, Chen Chw, Yeh T, Lee Y. Community study of depression in old age in Taiwan. The British Journal of Psychiatry (2001) 178:29-35. Acceso: 8 de diciembre del 2009.
6. Wada T, Ishine M, Sakagami T, Kita T, Okumiya K, Mizuno K, et al. Depression, activities of daily living and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam and Japan. Arch Gerontol Geriatr. Nov-Dec 2005; 41(3):271-80. Epub 2005 Jun 24. Acceso: 16 de diciembre del 2009.
7. Fernández C, Caballer J, Saiz P, Garcia-Portilla M, Martínez S, Bobes J. Depression in the elderly living in a rural area and other related factors. Actas Psiquiatr 2006; 34(6):355-361. Acceso: 17 de diciembre del 2009.
8. Martínez J, Martínez V, Esquivel C, Velasco V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Med. IMSS 2007; 45(1):21-28. Acceso: 19 de agosto del 2008.
9. Varela L, Chávez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico mar-abr 2004; 3(2). Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>. Acceso: 19 de agosto del 2008.
10. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana, 2003. Informe General. Anales de Salud Mental. Vol XIX. Año 2003. No. 1 y 2. Lima, Perú.
11. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana, 2004. Informe General. Anales de Salud Mental. 2005; XXI (1-2):1-219.
12. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras, 2005. Informe General. Anales de Salud Mental. Vol XXII. Año 2006. No. 1 y 2. Lima, Perú.
13. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao, 2002. Informe General. Anales de Salud Mental. Vol XVIII. Año 2002. No. 1 y 2. Lima, Perú.
14. INEI, Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perfil demográfico del Perú.
15. Mella R, Gonzáles L, Appolonio J, Maldonado I, Fuenzalida A y Díaz A. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. Sykhe v.13 N1, 79-89. Santiago. Mayo 2004. Acceso: 19 de agosto del 2008. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07182004000100007&script=sci_arttext
16. Gómez C, Bohórquez A, Pinto D, Jacky F, Gil J, Rondón M, Díaz- N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública. 2004; 16(6):378-86. Acceso: 19 de agosto del 2008.
17. Paz V. Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao, 2002. Anales de Salud Mental 2010 XXV(1): 30-38.

Agradecimientos

A David Chanduvi Puicón por su valioso apoyo en el procesamiento estadístico, sin el cual esta investigación no hubiera sido posible.

A la Mg. Ysela Agüero por su asiduo asesoramiento.

Al Dr. Javier E. Saavedra, al Psiqu. Yuri Cutipé, al Dr. Educ. Darío Fabián y a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron al desarrollo de esta investigación.

Al Mg Epidem. César Gutiérrez por sus valiosas correcciones.

Al Dr. Jorge Alarcón por su valiosa asesoría final.