

# EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA

## DEPRESSIVE EPISODE IN THE ELDERLY ADULT POPULATION OF FIVE CITIES OF THE PERUVIAN COAST

Vilma Paz<sup>1</sup>;

### RESUMEN

**OBJETIVOS:** Describir las características del episodio depresivo y estudiar sus asociaciones en la población adulta mayor.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal, probabilístico y trietápico que es parte del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ciudades de la Costa Peruana, 2006. Muestra de 2530 adultos de 60 años y más, residentes habituales de las ciudades de Arequipa, Chimbote, Ica, Piura y Trujillo. 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 que resultaron asociados en los análisis bivariados se introdujeron en un modelo de regresión logística para muestras complejas. Se utilizó el SPSS V.12.

**RESULTADOS:** Se observó asociación de episodio depresivo con excesiva tristeza, pena o depresión (OR:6,3;IC:2,7-14,8); con preocupación excesiva (OR: 4,1; IC:2,4-7,0); bajo bienestar psicológico o emocional (OR:3,5; IC:1,1-11,0) y presencia de convulsiones (OR:3,4; IC:1,5-7,7).

**CONCLUSIONES:** Los adultos mayores con episodio depresivo de estas ciudades de la costa peruana se percibían con bajo bienestar y excesivas tristeza y preocupación. La asociación de episodio depresivo con convulsiones no es infrecuente y ameritaría otra investigación para evaluar si estas convulsiones eran psicógenas o de origen neurológico. Sería conveniente incluir en las guías clínicas sobre depresión una evaluación clínica neurológica así como los exámenes auxiliares pertinentes para descartar precozmente patología orgánica neurológica.

**PALABRAS CLAVE:** Población adulta mayor, Episodio depresivo, Factores asociados, Perú.

### SUMMARY

**OBJECTIVES:** Describe the characteristics of the depressive episode and studying their associations in elderly adult population.

**MATERIAL AND METHODS:** Descriptive, probabilistic, three-stage and cross-sectional study, which is part of the 2006 Epidemiological Mental Health Study in 5 cities of the Peruvian coast. The sample involved 2530 people aged 60 and over, who were living in the urban areas of Arequipa, Chimbote, Ica, Piura y Trujillo. 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 factors associated with current prevalence of depressive episode were introduced in a logistic regression model for complex samples. The SPSS V 12 was used.

**RESULTS:** The logistic regression has showed significant association with excessive sadness, grief or depression (OR:6,3;IC:2,7-14,8); excessive concern ((OR: 4,1; IC:2,4-7,0); under psychological or emotional well-being ((OR:3,5; IC:1,1-11,0); and with seizures (OR:3,4; IC:1,5-7,7).

**CONCLUSIONS:** The elderly adult population, with depressive episode of these cities of the Peruvian coast were perishing themselves with low well-being y excessive sadness and concern. The association with seizures is not uncommon and should be investigated if these seizures are or psychogenic or neurological origin. It would be convenient to include in clinical guidelines on depression a neurological clinical evaluation as well as the relevant auxiliary exams to rule out early neurological pathology.

**KEY WORDS:** Elderly adult population, Depressive episode, Associated factors, Peru.

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

Episodio depresivo en la población adulta mayor de cinco ciudades de la Costa Peruana

Todas las personas en algún momento afrontamos situaciones de pérdida, de duelo. La tristeza es la respuesta emocional esperada, congruente con la situación de pérdida y tiene una cierta duración. Cuando esta tristeza es de tal intensidad (depresión) que afecta el rendimiento laboral y social y está presente, junto con otros síntomas, por lo menos 15 días seguidos y dura casi todo el día y casi todos los días, hablamos de episodio depresivo y si no es la primera vez que la experimentamos, decimos que estamos ante un trastorno depresivo recurrente. La depresión puede corresponder, junto con otros síntomas, a la fase depresiva del trastorno bipolar o puede cambiar de nombre a trastorno distímico cuando la duración de los síntomas es de por lo menos dos años, de forma continua o con periodos intermedios de ánimo normal que rara vez duran más de unas pocas semanas y su gravedad y duración son insuficientes para satisfacer los criterios de trastorno depresivo recurrente leve<sup>1</sup>.

Para hacer el diagnóstico de episodio depresivo recurrente, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en la cuarta edición revisada (DSM IV-TR) deben haber habido dos o más episodios depresivos mayores con intervalos entre episodios de por lo menos dos meses consecutivos, libres de síntomas; deben estar presentes cinco o más de una lista de síntomas, uno de los cuales debe ser el estado de ánimo depresivo, estar presente durante dos semanas, la mayor parte del día y casi a diario<sup>2</sup>.

Para Li et al, la tristeza y la pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban son los dos síntomas más importantes para hacer el diagnóstico de depresión<sup>3</sup>.

En el adulto mayor es frecuente que la depresión se presente junto a otras comorbilidades<sup>4</sup> tanto médicas, como mentales. Si no se cuenta con una buena anamnesis es difícil precisar si la depresión antecedió a la comorbilidad médica o al otro trastorno mental o si la persona se deprimió como consecuencia de los mismos. La prevalencia de depresión en adultos mayores con enfermedades neurológicas es del 10 al 40%<sup>5</sup>. Los síntomas y signos de la comorbilidad neurológica dependen de cuál enfermedad se trate y muchas veces se imbrican con las quejas somáticas que refieren los

adultos mayores deprimidos. Diversos estudios señalan la asociación bidireccional entre epilepsia y depresión<sup>6</sup>. La naturaleza de esta asociación es compleja. La epilepsia es considerada un factor de riesgo para el inicio de la depresión y la depresión, para el inicio de la epilepsia<sup>7</sup>.

Las cifras de prevalencias varían, según los instrumentos utilizados para valorar la depresión y según procedencia de la muestra. Son más altas cuando la muestra proviene de un centro de atención en psiquiatría (40% de pacientes ambulatorios con depresión mayor<sup>8</sup>), residencias geriátricas (30% con síntomas depresivos<sup>9</sup>), o de un servicio de hospitalización (15,9% de internados en servicios de Medicina Interna tenían probable depresión) y cuando se usan escalas que miden síntomas depresivos<sup>10</sup>.

Las cifras de prevalencia son menores cuando la muestra es extraída de la población general y se usan instrumentos basados en criterios diagnósticos de Clasificaciones Internacionales. En los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" desde el 2002, en los cuales se han utilizado diversos instrumentos, como el MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, Versión español, CIE 10), basado en la IX Clasificación Internacional de Enfermedades CIE. Versión 10; la prevalencia anual de episodio depresivo en ciudades de fronteras fue 8,6%<sup>11</sup>; en Abancay, 7,9%<sup>12</sup>; en tres ciudades de la selva, 6,7%<sup>13</sup>; en cinco ciudades de la costa, 6,1%<sup>14</sup>; en tres ciudades de la sierra, 5,0%<sup>15</sup>; en sierra rural, 3,3%<sup>16</sup> y en Lima Rural, 4,2%<sup>17</sup>.

La mayoría de estudios en adultos mayores a nivel nacional se han realizado en centros hospitalarios. Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2002-2010) en 109 ciudades del país, son de los pocos que han incluido a adultos mayores de la comunidad.

En el Perú también, la población está cambiando su estructura demográfica. La esperanza de vida al nacer ha aumentado y la tasa de natalidad ha disminuido, así como la tasa de fecundidad. En los últimos 35 años en el Perú, la población en

su conjunto ha crecido con una tasa promedio anual de 2,0%. Durante este mismo período los adultos mayores han presentado una velocidad de crecimiento mayor (3,3% anual)<sup>18</sup>. La población está envejeciendo y la proporción de adultos mayores tiene la tendencia a ser cada vez mayor. Esta proporción cada vez mayor de adultos mayores va a demandar mayor número de atenciones de los sistemas de salud por parte de personal capacitado y mayores cuidados por parte de los familiares. Frente a esta situación va a ser necesario que los gobiernos implementen políticas de atención integral a los adultos mayores para que tengan una mejor calidad de vida. Más aún, tomando 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, se hace necesario estudiar los factores asociados a la depresión, en el adulto mayor en las ciudades de la costa peruana.

## Material y métodos

Investigación descriptiva, transversal, que forma parte del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana realizado en el 2006 en áreas urbanas de Piura, Trujillo, Chiclayo, Ica y Arequipa. El muestreo fue probabilístico y en tres etapas. Primero se seleccionaron los conglomerados de manzanas, luego, las viviendas dentro de cada manzana, y por último a los adultos mayores dentro de cada vivienda seleccionada en la etapa anterior. Se logró entrar a 9212 hogares y se encuestaron a 2530 adultos de 60 a más años. La tasa de no respuesta en el adulto mayor fue de 7,68%.

Los adultos mayores aceptaron participar voluntariamente y firmaron un consentimiento informado antes de contestar la encuesta. El Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" aprobó la encuesta del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006.

Los instrumentos utilizados fueron: el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores<sup>19</sup>,<sup>20</sup>, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia<sup>21</sup>, el Mini Mental State Examination de Folstein<sup>22</sup>, el Cuestionario de Pfeffer, la MINI (Entrevista

Neuro-psiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10 de Sheehan y colaboradores)<sup>23</sup>,<sup>24</sup>, el Cuestionario sobre determinantes de acceso a la salud elaborado por el INEI<sup>25</sup> y el Cuestionario de Violencia Familiar de Anicama et al<sup>26</sup>.

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<sup>19,20</sup>.

El Cuestionario de Salud Mental, elaborado en Colombia, ya había sido utilizado y adaptado en estudios anteriores en el INSM "HD-HN" tanto en adultos<sup>21</sup> como en adolescentes<sup>27</sup>. 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, elaborado por Folstein<sup>22</sup>, 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, para 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.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión Española CIE-10. Elaborada

Episodio depresivo en la población adulta mayor de cinco ciudades de la Costa Peruana

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).

Del Cuestionario sobre Determinantes de Acceso a los Servicios de Salud en el Perú<sup>25</sup>, desarrollado por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) se utilizaron algunas preguntas y se adaptaron al modelo de salud mental. El cuestionario adaptado se ha utilizado en los estudios epidemiológicos realizados por el INSM "HD-HN".

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 sierra.

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 estimó la prevalencia anual de episodio depresivo en general y según las categorías de los factores socio-demográficos, salud física, problemas emocionales percibidos, satisfacción personal, estresores psicosociales, indicadores suicidas, cohesión familiar, calidad de vida, discriminación, violencia, actividades de la vida diaria (AVD), y consumo de sustancias. Se hicieron análisis bivariados, entre presencia de episodio depresivo y cada una de las categorías en cada grupo de factores. Los factores que resultaron asociados significativamente en el análisis bivariado, se incluyeron en el análisis multivariado en un modelo de regresión logística.

**Tabla 1**  
**FACTORES INCLUIDOS EN LOS ANÁLISIS BIVARIADOS**

FACTORES	
<b>Sociodemográficos</b>	
Edad	60-74 años, 75 o más
Sexo	Masculino, femenino.
Estado civil	Actualmente unido (casado o conviviente) Alguna vez unido (separado, viudo, divorciado) Nunca unido (soltero).
Nivel de instrucción	Sin nivel/inicial, primaria, secundaria y bachillerato, superior y posgrado.
Nivel de pobreza según NBI(Necesidades Básicas Insatisfechas)	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
<b>Salud física</b>	Sufrir algún tipo de discapacidad física. Haber tenido alguna vez en la vida convulsiones o ataques con caídas al suelo, movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o con pérdida del conocimiento. Alguna vez en su vida haber tenido desmayos. Haber tenido alguna enfermedad física o accidente en los últimos 6 meses.

**FACTORES**

<b>Estados anímicos prevalentes</b>	En algún período de su vida (más de siete días) ha sentido 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.
<b>Satisfacción personal</b>	Grado de satisfacción con su aspecto físico, su color de piel, su inteligencia, su condición socioeconómica, el lugar donde vive,
<b>Estresores psicosociales</b>	Tensión generada por los hijos u otros parientes, por la salud y por asuntos con la ley.
<b>Indicadores suicidas</b>	Deseos de morir, pensamientos suicidas, planeamiento suicida.
<b>Cohesión familiar</b>	Cuan orgulloso se siente de su familia.
<b>Calidad de vida</b>	Grado de bienestar físico, bienestar psicológico, grado de autocuidado y funcionamiento adaptativo, de funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, grado de apoyo social emocional percibido, de plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global.
<b>Discriminación</b>	Presencia de al menos una discriminación en el último año.
<b>Violencia</b>	Haber sido objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones; haberse sentido abandonado (es decir que no le procuraban alimentos, vestido, medicinas, vivienda o afecto).
<b>Actividades de la vida diaria</b>	Grado de dificultad para mantener regularmente el aseo del cuerpo, para relacionarse con los familiares, amigos, vecinos y personas en general; para organizar planificar y ejecutar sus actividades de la vida diaria.
<b>Consumo de sustancias</b>	Prevalencia de vida de consumo de tabaco.
<b>Episodio depresivo</b>	En algún momento de su vida y por lo menos durante dos semanas seguidas y al mismo tiempo: a. Se ha sentido especialmente triste, decaído(a), deprimido(a) la mayor parte del tiempo a lo largo del día y así, casi todos los días; b. Tenía casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que le agradan habitualmente; c. Se sentía casi todo el tiempo cansado(a), sin energía. Si entre a y c dos o más respuestas eran afirmativas, se continuaba con la siguiente pregunta que indagaba sobre más síntomas de depresión como: a. Cambios notables en el apetito y en el peso corporal; b. Problemas de sueño; c. Enlentecimiento o agitación motora; d. Falta de confianza en sí mismo, sentimientos de desvalorización o de inferioridad respecto a los demás; e. Hacerse auto reproches o sentirse culpable; f. Enlentecimiento para reflexionar, concentrarse o tomar decisiones; g. Tener ideas negativas como pensar que sería mejor estar muerto o hacerse daño; h. Haber intentado hacerse daño desde que empezó este periodo de tristeza o depresión. Si había 4 o más respuestas afirmativas se continuaba con las siguientes preguntas: Grado en que cree haber necesitado ayuda profesional (nada, poco, regular, bastante o mucho). Grado en que afectó su rendimiento laboral y social (nada, poco, regular, bastante o mucho).

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 Costa Peruana 2006, se realizó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud

Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

## Resultados

La muestra fue de 2530 adultos de 60 años y más. El 71,8% tenía edades entre 60 y 74 años y el 28,2% tenía 75 años o más; el 48,1% eran varones y el 51,9%, mujeres. El 59% se encontraba unido en pareja (casado o conviviente), el 36,1% estuvo alguna vez unido (separado, viudo o divorciado)

Episodio depresivo en la población adulta mayor de cinco ciudades de la Costa Peruana

y el 4,9% estaba soltero. El 48,5% tenía nivel de instrucción primaria, el 22% secundaria o bachillerato, el 16% superior (universitario, no universitario y postgrado) y el 13,6% tenía nivel inicial o ninguno. El 90% tenía como lengua materna el castellano y el 10%, quechua, aymara u otra. El 83,9% sabía leer y escribir y el 16,1% no sabía (Anexo, Tabla 10).

El 6,1% de los adultos mayores presentó episodio depresivo en el último año, a predominio de las mujeres (9,3%). En los varones fue de 2,3%. El 10,3% de los adultos mayores analfabetos

y el 5,3% de los alfabetos tenían episodio depresivo. El 9,3% de los adultos mayores sin nivel educativo o con nivel inicial tenía episodio depresivo. El 8,1% de los que tenían secundaria o bachillerato tenían depresión y solo el 3,5% de los que tenían educación superior presentaba episodio depresivo (Tabla 2).

En el análisis bivariado se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre la prevalencia anual de episodio depresivo y el nivel de instrucción inicial/sin nivel ( $p < 0,05$ ). También, con no saber leer ni escribir (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA, 2006.**

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	MUESTRA	PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO		P(*)
		(N)	%	
<b>Nivel de instrucción</b>				
Sin nivel / inicial	363	33	9,3	0,05
Primaria	1172	83	5,2	
Secundaria y Bach.	613	39	8,1	
Superior	378	12	3,5	
<b>Sabe leer y escribir</b>				
Si	2074	121	5,3	0,01
No	425	44	10,3	

(\*) Prueba de Independencia para muestras complejas

Presentaron episodio depresivo en el último año el 25% de los adultos mayores que habían sufrido de convulsiones en los últimos 6 meses, el 23,8% de los que percibían dificultad para controlar sus pensamientos, el 20,4% de los que tenían ataque o crisis de nervios, el 18,2% de los que presentaban excesiva preocupación (Tabla 3).

En el análisis bivariado se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre prevalencia anual de episodio depresivo y algunos aspectos de la salud física

como el sufrir algún tipo de discapacidad física, haber presentado convulsiones alguna vez en la vida; presentar alguna enfermedad física o accidente, o haber presentado desmayos en los últimos 6 meses. También se encontró asociación con ciertos estados anímicos, tales como la excesiva tristeza, pena o depresión, el excesivo miedo, el ataque de nervios, la tensión o estrés excesivo, la preocupación excesiva, la dificultad para relacionarse socialmente, la dificultad para controlar sus pensamientos, los pensamientos repetitivos u obsesivos y el cansancio mental (Tabla 3).

**Tabla 3**  
**SALUD FÍSICA, ESTADOS ANÍMICOS PREVALENTES Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA, 2006.**

FACTORES	MUESTRA	PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO		P(*)
		(N)	%	
<b>Salud física</b>				
Sufre algún tipo de discapacidad física	476	46	9,5	0,02
Convulsiones alguna vez en su vida	91	14	25,0	0,00
Desmayos en los últimos 6 meses	498	52	10,0	0,01
Alguna enfermedad física o accidente en los últimos 6 meses	1136	111	91,0	0,00
<b>Estados anímicos prevalentes</b>				
Excesiva tristeza, pena o depresión	1234	155	12,5	0,00
Excesivo miedo, pánico o ansiedad	250	43	11,9	0,00
Ataque de nervios	120	24	20,4	0,00
Tensión o estrés excesivo	209	42	13,3	0,00
Preocupación excesiva	676	117	18,2	0,00
Dificultad para relacionarse socialmente con las personas	49	10	16,8	0,00
Dificultad para controlar sus pensamientos	39	11	23,8	0,00
Pensamientos repetitivos u obsesiones	29	5	18,1	0,05
Cansancio mental o surmenage	46	9	17,0	0,01

(\*) Prueba de Independencia para muestras complejas

Se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre prevalencia anual de episodio depresivo y el grado de

satisfacción personal con el aspecto físico, el color de la piel, la inteligencia, la condición económica y el lugar de residencia (Tabla 4).

**Tabla 4**  
**SATISFACCIÓN PERSONAL Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA, 2006.**

SATISFACCIÓN PERSONAL	MUESTRA	PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO		P(*)
		(N)	%	
<b>¿Qué tan satisfecho se siente con su aspecto físico en general?</b>				
Nada o poco	339	40	10,6	0,00
Regular	814	66	7,9	
Bastante o mucho	1343	56	3,9	
<b>¿Qué tan satisfecho se siente con su color de piel?</b>				
Nada o poco	188	20	13,2	0,01
Regular	573	47	7,0	
Bastante o mucho	1733	97	5,2	
<b>¿Qué tan satisfecho se siente con su inteligencia?</b>				
Nada o poco	281	32	11,5	0,01
Regular	717	58	6,2	
Bastante o mucho	1495	72	5,0	

Episodio depresivo en la población adulta mayor de cinco ciudades de la Costa Peruana

SATISFACCIÓN PERSONAL	MUESTRA	PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO		P(*)
		(N)	%	
<b>¿Qué tan satisfecho se siente con su condición socioeconómica?</b>				
Nada o poco	819	76	8,5	0,00
Regular	1017	64	6,5	
Bastante o mucho	648	22	2,7	
<b>¿Qué tan satisfecho se siente con el lugar de residencia donde vive?</b>				
Nada o poco	245	33	13,2	0,00
Regular	543	44	6,4	
Bastante o mucho	1717	87	5,0	

(\*) Prueba de independencia para muestras complejas

Se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre prevalencia anual de episodio depresivo y algunos estresores psicosociales como la bastante o mucha tensión producida por sus hijos u otros parientes, por la

salud y por los asuntos con la ley. También con algunos indicadores suicidas como los deseos de morir, el pensamiento y el planeamiento suicidas (Tabla 5).

**Tabla 5**  
**ESTRESORES PSICOSOCIALES, INDICADORES SUICIDAS Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA, 2006.**

FACTORES	MUESTRA	PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO		P(*)
		(N)	%	
<b>Estresores psicosociales:</b>				
<b>Tensión producida por sus hijos u otros parientes</b>				
Nada o poco	1529	77	4,3	0,01
Regular	463	36	6,9	
Bastante o mucho	509	49	10,1	
<b>Tensión producida por la salud</b>				
Nada o poco	779	34	4,0	0,000
Regular	563	26	3,4	
Bastante o mucho	1168		9,2	
<b>Tensión producida por asuntos con la ley</b>				
Nada o poco	1799	105	5,0	0,005
Regular	306	29	8m5	
Bastante o mucho	348	26	9,3	
<b>Indicadores suicidas</b>				
Deseos de morir	663	90	11,9	0,00
Pensamiento suicida	176	36	21,1	
Planeamiento suicida	55	14	30,9	

(\*) Prueba de independencia para muestras complejas

Presentaron episodio depresivo el 31,9% de los adultos mayores que reportaron poco o nada bienestar psicológico, el 10,0% de los que habían

reportado moderado bienestar psicológico y solo el 2,8% de los que reportaron mucho bienestar psicológico (Tabla 6).

Se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre prevalencia anual de episodio depresivo y la nada o poca calidad de vida en algunos aspectos, como en bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y

funcionamiento personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social emocional, plenitud personal, satisfacción espiritual y la calidad de vida global (Tabla 6).

**Tabla 6**  
**CALIDAD DE VIDA Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA, 2006.**

CALIDAD DE VIDA	MUESTRA	PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO		P(*)
		(N)	%	
<b>Bienestar físico</b>				
Nada o poco	57	10	23,4	0,00
Regular	1488	119	7,3	
Bastante o mucho	923	36	3,3	
<b>Bienestar psicológico</b>				
Nada o poco	30	7	31,9	0,00
Regular	1093	113	10,0	
Bastante o mucho	1343	45	2,8	
<b>Autocuidado y funcionamiento</b>				
Nada o poco	28	6	14,9	0,02
Regular	787	74	8,6	
Bastante o mucho	1655	86	5,1	
<b>Funcionamiento ocupacional</b>				
Nada o poco	65	14	26,5	0,00
Regular	1016	79	5,9	
Bastante o mucho	1383	72	5,6	
<b>Funcionamiento interpersonal</b>				
Nada o poco	16	4	21,2	0,00
Regular	770	75	8,8	
Bastante o mucho	1678	85	4,9	
<b>Apoyo social - emocional</b>				
Nada o poco	47	8	21,4	0,01
Regular	1043	83	6,2	
Bastante o mucho	1366	73	5,6	
<b>Plenitud personal</b>				
Nada o poco	34	6	22,2	0,00
Regular	986	90	8,1	
Bastante o mucho	1405	65	4,2	
<b>Satisfacción espiritual</b>				
Nada o poco	10	1	6,7	0,01
Regular	701	64	9,0	
Bastante o mucho	1725	97	4,8	
<b>Calidad de vida global</b>				
Nada o poco	30	6	27,0	0,00
Regular	767	79	8,5	
Bastante o mucho	1665	79	4,5	

(\*) Prueba de independencia para muestras complejas

Episodio depresivo en la población adulta mayor de cinco ciudades de la Costa Peruana

En el adulto mayor se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre prevalencia anual de episodio depresivo y haber sufrido al menos un tipo de discriminación

en el último año; haber sufrido chantajes, manipulaciones o humillaciones; haberse sentido abandonado y con haber consumido tabaco alguna vez en la vida (Tabla 7).

**Tabla 7**  
**DISCRIMINACIÓN, MALTRATO, CONSUMO DE TABACO Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO, EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA, 2006.**

OTROS FACTORES	MUESTRA	PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO		P(*)
		(N)	%	
<b>Discriminación</b>				
Al menos una discriminación en el último año	309	31	10,4	0,02
<b>Maltrato</b>				
Ha sido objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones	666	78	11,1	0,00
Ha sido objeto de abandono	457	59	10,7	0,00
<b>Consumo de sustancias</b>				
Prevalencia de vida de consumo de tabaco	909	85	10,2	0,00

(\*) Prueba de independencia para muestras complejas

Se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre prevalencia anual de episodio depresivo en el adulto mayor y algunos indicadores sobre el desempeño en actividades de la vida diaria como tener dificultades severas, totales o regulares para mantener el aseo de su cuerpo o su aliño o arreglo personal,

para relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y personas en general y para planificar, organizar y ejecutar sus actividades diarias. También, con nada o poca satisfacción con su situación económica y con el lugar de residencia en que vive; y con sentirse nada o poco orgulloso de su familia (Tabla 8).

**Tabla 8**  
**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, SATISFACCIÓN PERSONAL, COHESIÓN FAMILIAR Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA, 2006.**

FACTORES	MUESTRA	PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO		P(*)
		(N)	%	
<b>Actividades de la vida diaria</b>				
<b>Dificultad para relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y personas en general</b>				
Ninguna o poca	2451	154	5,9	0,000
Regular	46	7	12,7	
Severa o total	19	5	28,9	
<b>Dificultades para planificar sus actividades, luego organizarlas y ejecutarlas</b>				
Ninguna o poca	2370	145	5,7	0,01
Regular	86	12	17,6	
Severa o total	48	10	13,7	
<b>Dificultad para mantener regularmente el aseo de su cuerpo, aliño o arreglo personal</b>				
Ninguna o poca	2400	150	5,7	0,02
Regular	71	8	19,0	
Severa o total	48	9	11,3	

FACTORES	MUESTRA	PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO		P(*)
		(N)	%	
<b>Satisfacción personal</b>				
<b>¿Qué tan satisfecho se siente con su condición socioeconómica?</b>				
Nada o poco	819	76	8,5	0,00
Regular	1017	64	6,5	
Bastante o mucho	648	22	2,7	
<b>¿Qué tan satisfecho se siente con el lugar de residencia donde vive?</b>				
Nada o poco	245	33	13,2	0,00
Regular	543	44	6,4	
Bastante o mucho	1717	87	5,0	
<b>Cohesión familiar</b>				
<b>Cuán orgulloso se siente de su familia</b>				
Nada o poco	122	18	14,9	0,02
Regular	331	29	6,7	
Bastante o mucho	2042	114	5,3	

(\*) Prueba de independencia para muestras complejas

En el análisis multivariado, tan solo se encontró asociación significativa con excesiva tristeza, preocupación excesiva, nivel bajo o

medio de bienestar psicológico y haber padecido convulsiones (Tabla 9).

**Tabla 9**  
**FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA, 2006. ANÁLISIS MULTIVARIADO.**

FACTORES ASOCIADOS	OR AJUSTADO	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Excesiva tristeza, pena o depresión	6,3	2,7	14,8
Preocupación excesiva	4,1	2,4	7,0
Ha tenido convulsiones	3,4	1,5	7,7
Bienestar psicológico o emocional (*)			
Bajo	3,5	1,1	11,0
Medio	3,0	1,8	5,0

(\*) Categoría de referencia: nivel alto de bienestar psicológico

Los adultos mayores que habían sentido excesiva tristeza, pena o depresión en algún momento de su vida, tuvieron 6 veces mayores posibilidades (IC: 2,7 - 14,8) de sufrir un episodio depresivo en el último año, comparados con sus pares que no habían experimentado este estado anímico. También, quienes habían sentido excesiva preocupación, tuvieron 4 veces mayores posibilidades (IC: 2,4 - 7,0) de sufrir un episodio depresivo en el último año, comparados con sus pares que no experimentaron este estado anímico (Tabla 9).

Los adultos mayores que percibían un bajo nivel de bienestar psicológico en sus vidas

tuvieron 3,5 veces mayor chance (IC: 1,1 - 11,0) de desarrollar un episodio depresivo en el último año y los que percibían un nivel moderado de bienestar psicológico en sus vidas tuvieron 3 veces mayores posibilidades de sufrirlo (IC: 1,8 - 5,0), comparados con aquellos que tenían un alto nivel de bienestar psicológico (Tabla 9).

Por último, los adultos mayores que manifestaron haber tenido convulsiones, tuvieron 3,4 veces mayores posibilidades de sufrir un episodio depresivo (IC: 1,5 - 7,7), comparados con sus pares que no tuvieron convulsiones (Tabla 9).

## Discusión

El ánimo depresivo (tristeza excesiva) debe estar incluido entre los 5 síntomas que pide el DSM IV-TR para hacer el diagnóstico de episodio depresivo<sup>2</sup> y según el ICD X<sup>28</sup> puede estar en 2 de los 3 síntomas (Criterio B para episodio depresivo moderado) y debe ser uno de los 3 síntomas (Criterio B para episodio depresivo grave), entre otros, para hacer el diagnóstico respectivo. Hemos encontrado que la prevalencia en el último año de episodio depresivo se asociaba con que el adulto mayor en algún período (más de 7 días) de su vida hubiera experimentado excesiva tristeza, pena o depresión. Coincidentemente, De La Cámara C y colaboradores encontraron en una muestra representativa de 1080 adultos de 65 y más años de edad en los que 4,8% cumplían los criterios diagnósticos del DSM IV para depresión mayor o para distimia, que el ánimo depresivo subjetivo y la tristeza observada fueron muy frecuentes en ambos tipos de depresión<sup>29</sup>. En estos adultos mayores el ánimo depresivo fue un síntoma de la depresión y no la irritabilidad como frecuentemente se enmascara la depresión en el adulto mayor.

Entre los criterios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo está la pérdida de la reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente producen respuesta emocional<sup>2</sup>. En nuestro estudio el diagnóstico de episodio depresivo incluyó tanto el episodio depresivo único como el trastorno depresivo recurrente, de grados moderado y severo. Llama la atención que el episodio depresivo estuviese significativamente asociado a preocupación excesiva. Esto podría deberse a que estos adultos mayores con grado moderado de depresión, ante acontecimientos y circunstancias ambientales conservan la capacidad de reaccionar con una respuesta de preocupación, aunque excesiva.

En cuanto a la asociación con bienestar emocional, "es decir, el sentirse bien y satisfecho consigo mismo"<sup>19</sup> resulta comprensible que el adulto mayor con episodio depresivo no se sienta bien consigo mismo, ya que su percepción esta nublada por una óptica de pesimismo.

La asociación de episodio depresivo con convulsiones es frecuente<sup>6,7</sup>. Las convulsiones

pueden ser psicógenas<sup>30</sup>, es decir, aquellas que emulan crisis epilépticas sin que se acompañen de actividad eléctrica anómala en el sistema nervioso central; o de origen neurológico. Tanto las personas con convulsiones psicógenas, como las que presentan convulsiones de origen neurológico pueden presentar depresión mayor y viceversa. Los pacientes adultos con epilepsia tienen 4 a 5 veces mayores incidencias de depresión y suicidio que la población general. El 29% de 229 pacientes, quienes tenían diversos tipos de epilepsia incluyendo la psicógena, tenían depresión mayor<sup>30</sup>.

## Limitaciones

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

Por ser un estudio transversal no se puede inferir asociación causal entre prevalencia anual de episodio depresivo y presencia de convulsiones.

## Conflicto de Intereses

La autora no tiene conflicto de intereses.

## Conclusiones

El episodio depresivo en el adulto mayor de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa, estuvo asociado con excesiva tristeza, pena o depresión; excesiva preocupación; grados medio y bajo de bienestar emocional y presencia de convulsiones.

Sería recomendable que en las guías clínicas de manejo de la depresión se incluyan una evaluación neurológica así como las órdenes de los exámenes auxiliares necesarios para descartar patología orgánica neurológica.

## Correspondencia:

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

## Referencias

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos del humor. p 107-120.
- <sup>2</sup> Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor recurrente del DSM-IV-TR. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexo/Anexo\\_7\\_Criterios\\_%20diagnosticos\\_según\\_la\\_DSM-IV-TR.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexo/Anexo_7_Criterios_%20diagnosticos_según_la_DSM-IV-TR.pdf). Acceso: 17 de diciembre del 2013.
- <sup>3</sup> Li M, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ 2) identifying major depression in older people. *Journal of the American Journal Society* 2007; 55(4): 596-602.
- <sup>4</sup> Avila D. ¿Qué es la comorbilidad? Tema de Revisión. Disponible en: [http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista\\_2007/a8\\_1\\_tr\\_comorbilidad.pdf](http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista_2007/a8_1_tr_comorbilidad.pdf). Acceso: 17 de diciembre del 2013.
- <sup>5</sup> Carson A, Margolin R, Herazo M. Depression in older patients with neurologic illness: causes, recognition, management. *Cleve Clin J Med*. Oct 2005; 72 Supp 3: S52-64.
- <sup>6</sup> Kanner A. Depression and the risk of neurological disorders. *Lancet*. 2005 Oct 1; 366 (9492): 1147-1148.
- <sup>7</sup> Hesdorffer DC, Hauser WA, Annegers JF, Cascino G. Major depression is a risk factor for seizures in older adults. *Ann Neurol*. 2000; 47 : 246-249.
- <sup>8</sup> Guerra M. Características sociodemográficas y clínicas de la población geriátrica asistida en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (1982-1990). *Anales de Salud Mental* 1995, XI (1-2).
- <sup>9</sup> Damian J, Valderrama E, Rodríguez F, Martín J. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gac Sanit*. Jul-ago 2004 18(4). Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000600004&script=sci\\_arttext&ting=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000600004&script=sci_arttext&ting=e). Acceso 13 setiembre 2012.
- <sup>10</sup> Varela L, Chávez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Diagnóstico mar-abr* 2004; 43(2). Acceso: 19 agosto 2008.
- <sup>11</sup> Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" 2011. XXVII (1-2):1-302. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2006; XXII(1-2):1-227.
- <sup>12</sup> 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 "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"* 2011. XXVII (1-2):1-302.
- <sup>13</sup> Instituto Especializado 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):1-53.
- <sup>14</sup> Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Costa Peruana 2006. Informe general. *Anales de Salud Mental* 2007; XXIII (1-2):1-226.
- <sup>15</sup> 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* 2003; XIX (1-2):1-216.
- <sup>16</sup> Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural. 2008. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2009; XXV(1-2): 1-318.
- <sup>17</sup> Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2009; XXIV(1-2): 1-247.
- <sup>18</sup> INEI, Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perfil demográfico del Perú.
- <sup>19</sup> Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. Robles Y. *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.
- <sup>20</sup> 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.
- <sup>21</sup> Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud Mental en una población urbano-marginal de Lima. *Monografías de Investigación N°2*. 1995. Instituto

Episodio depresivo en la población adulta mayor de cinco ciudades de la Costa Peruana

- Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de Lima Peru.
- <sup>22</sup> 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.
- <sup>23</sup> Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorin P, Bonora LI, Lépine JP et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. 2001.
- <sup>24</sup> Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorin P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a Structural Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD C. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20:22-23.
- <sup>25</sup> Lama A. Determinantes de Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. Programa MECOVI-PERU/BID//BM/CEPAL. Lima: INEI 2000. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387//indice.HTM>. Acceso: 12 de setiembre del 2005.
- <sup>26</sup> Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio Epidemiológico. Violencia y comportamiento asociados en lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología. Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999.
- <sup>27</sup> 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".
- <sup>28</sup> Criterios generales para episodio depresivo, episodio depresivo leve, moderado y grave según el ICD X. En: Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/depresion\\_infancia/completa/documentos/anexos/anexo1.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/anexos/anexo1.pdf). Acceso: 30 de abril de 2014.
- <sup>29</sup> Giagante B, D'Alessio L, Walter S, Kochen S. Crisis no epilépticas psicógenas. *Rev Colomb Psiquiat*. 2007;XXXVI, Supl 1. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a15.pdf>. Acceso: 11 de febrero del 2015.
- <sup>30</sup> Seminario N, Tomaszewski S, Jorgensen J, Bourgeois J, Seyal M. Determination of prevalence of depression in an epilepsy clinic using a brief DSM-IV-based self-report questionnaire. *Epilepsy & Behavior*. 2009; 15:362-366. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S152550500900290X/1-s2.0-S152550500900290X-main.pdf?\\_tid=acdedbc0-b212-11e4-900c-00000aacb35e&acdnat=1423675580\\_18dffaa605d74e7dac9777e06c615f29](http://ac.els-cdn.com/S152550500900290X/1-s2.0-S152550500900290X-main.pdf?_tid=acdedbc0-b212-11e4-900c-00000aacb35e&acdnat=1423675580_18dffaa605d74e7dac9777e06c615f29). Acceso: 11 de febrero del 2015.

## ANEXO

**Tabla 10**  
**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL ADULTO MAYOR DE CINCO CIUDADES DE LA COSTA PERUANA, 2006.**

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	%	N
<b>Edad</b>		
60 a 74	71,8	1826
75 o más	28,2	704
<b>Sexo</b>		
Masculino	48,1	1176
Femenino	51,9	1354
<b>Estado civil</b>		
Unido (casado y conviviente)	59,0	1261
Alguna vez unido (separado, viudo y divorciado)	36,1	1134
Nunca unido (soltero)	4,9	133
<b>Nivel de instrucción</b>		
Sin nivel / inicial	13,6	363
Primaria	48,5	1174
Secundaria y Bach.	22,0	614
Superior	16,0	379
<b>Nivel de pobreza según NBI</b>		
Pobre extremo (dos o más NBI)	2,2	85
Pobre (una NBI)	14,8	415
No Pobre (ninguna NBI)	83,1	2030
<b>Lengua Materna</b>		
Castellano	90,0	2262
Quechua, aymara u otra	10,0	264
<b>Sabe leer y escribir</b>		
No	16,1	425
Si	83,9	2078
<b>Estuvo buscando trabajo</b>		
No	98,7	2505
Si	1,3	24