

# FACTORES ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

## FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE EPISODE IN ELDERLY POPULATION IN METROPOLITAN LIMA AND CALLAO

Psiq. Vilma Paz\*

### RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar los factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao, en el año 2002.

**MÉTODOS:** Estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal, de diseño probabilístico, trietápico, que fue parte del Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. La muestra estudiada comprendió a 632 adultos de 60 años y más que residían permanente o habitualmente en viviendas particulares del área urbana de Lima Metropolitana y Callao. Se utilizaron instrumentos como la Escala de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia, Mini Mental State Examination de Folstein, MINI (Entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10 de Sheehan y colaboradores).

**RESULTADOS:** En el análisis bivariado se encontró asociación entre la prevalencia actual de episodio depresivo con la edad (los adultos mayores de 75 años y más tuvieron mayor prevalencia de episodio depresivo); el grado de satisfacción con el aspecto físico (hubo mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores que estaban regularmente satisfechos con su aspecto físico); el grado de satisfacción con sus relaciones sociales (hubo mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores que se sentían nada o poco satisfechos con sus relaciones sociales); el grado de bienestar físico (hubo mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores que sentían moderado bienestar físico); el grado de apoyo social emocional (hubo mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores que sentían mucho apoyo social emocional); el grado de tensión producida por la salud (hubo mayor prevalencia en los adultos mayores a quienes la salud les producía mucha tensión física); la presencia de algún problema físico y de algún tipo de discapacidad física; la presencia de dificultad para desempeñar eficientemente sus funciones como padre, madre, hijo; y haber deseado morir alguna vez en la vida ( $p < 0.05$ ). En la regresión logística se mantuvo la asociación con tensión generada por la salud (IC:2.053-19.230, OR:6.289), presencia de algún problema físico (IC:1.333-6.117, OR:2.586), de algún tipo de discapacidad física (IC:1.350-5.472, OR:2.718) y con prevalencia de vida de deseos de morir (IC:2.251-8.191, OR:4.294) ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIÓN:** El episodio depresivo en el adulto mayor de Lima Metropolitana y Callao estuvo asociado con tensión generada por la salud física, presencia de algún problema físico, discapacidad física y con haber deseado morir alguna vez en la vida ( $p < 0.05$ ).

**PALABRAS CLAVE:** Adulto mayor, Episodio depresivo, Calidad de vida.

### SUMMARY

**OBJECTIVE:** To determine the factors associated to depressive episode in the elderly population of metropolitan Lima and Callao in 2002.

**METHODS:** This is a descriptive, epidemiological and cross-sectional study, which is part of the 2002 Metropolitan Epidemiological Mental Health Study. The sample involved 632 people aged 60 and above, who usually lived in the urban area of metropolitan Lima and Callao in 2002. The instruments used were: The quality of life Scale 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).

**RESULTS:** In the bivariate analysis it was found association between prevalence of depressive episode and: age (the elders aged 75 and above had more prevalence than the youngest); the degree of satisfaction with the physical aspect (there was more current prevalence of depressive episode in the elders who were regularly satisfied with their physical aspect); the degree of satisfaction with their relationships (there was more current prevalence of depressive episode in the elders who were nothing or few satisfied with their relationships); the degree of physical well-being (more prevalence or current episode depressive in the elders who felt moderate physical well-being); the degree of social emotional support (there was more current prevalence of depressive episode in the elders who were nothing or few satisfied with their social emotional support); the degree of tension generated by the health (there was more current prevalence of depressive episode in the elders whom the healthy produced a lot of physical tension); the presence of some physical problem and of some type of disability; the presence of difficulty to execute efficiently their functions like a father, a mother, a son, a husband or a wife and to have wished to die in some time of the live ( $p < 0.05$ ). In the multiple logistic regression analysis the association between current depressive episode and: the tension generated by the health (CI:2.053-19.23, OR:6.289, presence of some physical problem (CI:1.333-6.117, OR:2.586), of some kind of physical disability (CI:1.350-5.472, OR:2.718), and the life prevalence of wish dying (CI:2.251-8.191, OR:4.294 ( $p < 0.05$ ) were significantly associated.

**CONCLUSIONS:** The depressive episode in the elders of metropolitan Lima and Callao was associated with: tension generated by the physical health, the presence of some physical problem, the presence of physical disability and with having wished to die some time in the life ( $p < 0.05$ ).

**KEY WORDS:** Elder. Depressive episode. Quality of live.

\* Médico asistente del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", de Lima, Perú.



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<sup>2</sup>. Posteriormente, en 1994, la OPS ajustó la edad de 65 y más años para considerarlo como "adulto mayor".

En 1984, la OMS estableció el uso del término "adulto mayor" para referirse a las personas de 60 años y más y, a partir de 1996, la ONU las llamó, "personas adultas mayores" (PAM)<sup>3</sup>.

Según datos de la OMS, el 25% de las personas adultas mayores de 65 años, padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente. Se estima que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad y muerte prematura en países desarrollados, precedida solamente por las enfermedades cardiovasculares.

En la depresión del adulto mayor confluyen varios factores. Biológicos: alteración en la producción y actividad de neurotransmisores, así como en la sensibilidad de los receptores, factores psicosociales: bajo nivel educativo, pobreza, soledad, pobre soporte socio-familiar, enfermedades físicas y discapacidad<sup>4</sup>.

Cole MG y Dendukuri N, en una revisión sistemática y meta-análisis de diversos artículos publicados entre enero de 1966 a junio del 2001, encontraron que el duelo, los disturbios del sueño, la discapacidad, la depresión previa y el género femenino eran factores asociados a depresión, entre los adultos mayores de la comunidad<sup>5</sup>.

M. Pando Moreno, C. Aranda Beltrán, N. Alfaro Alfaro y P. Mendoza Roal, en una muestra representativa de 246 adultos mayores, residentes en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México, usando la Escala de Depresión Geriátrica de Brink (EDG), encontraron una prevalencia de depresión del 36.2%, correspondiendo el 43.2% a mujeres y el 27.1% a los hombres. Consideraron como factores de riesgo: la actividad (OR 4.21 para los desempleados), el estado civil (OR 3.16 para los viudos/as) y 2.32 para los solteros/as) y la edad (OR 2.90 para el grupo de 80 a 84 años)<sup>6</sup>.

Lee Y, Choi K, Lee YK, utilizando la data de una muestra de adultos de 60 años y más, residentes en asilos de Korea, encontraron que los diagnosticados con una enfermedad médica tendían a mostrar mayores puntuaciones en sintomatología depresiva, hallando que la co-morbilidad mostraba tendencia a una relación lineal positiva entre el número de enfermedades diagnosticadas y la intensidad de la sintomatología depresiva<sup>7</sup>.

BH Green, JRM Copeland, ME Dewey y col., en un estudio prospectivo de 1 070 adultos de 65 y más años, provenientes de las consultas de médicos generales y entrevistados en la comunidad tres años más tarde, diagnosticaron 44 casos de depresión. El análisis multivariado confirmó dos factores significativos: género femenino y un factor desencadenante, duelo por el deceso de una persona cercana, ocurrido dentro de los seis meses<sup>8</sup>.

En Torreón, Coahuila, México, Jesús Alfonso Martínez-Mendoza, Verónica Aracelli Martínez-Ordaz y col. realizaron un estudio transversal prospectivo, aplicando las Escalas de Yesavage para Depresión, la de Katz y Lawton para Dependencia y la de Folstein versión Lobo para Demencia, en 320 personas de 65 y más años, hospitalizadas entre junio y diciembre del 2003. Hubo diez pacientes catalogados como portadores de demencia los cuales fueron eliminados del estudio. 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. El análisis bivariado mostró una asociación significativa ( $p < 0.05$ ) entre depresión y: edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el Servicio de Medicina Interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. En el análisis de regresión logística persistió la asociación con el sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar hospitalizado en Medicina Interna<sup>9</sup>.

Varela P, Luis y col. encontraron, en 400 adultos mayores internados en los Servicios de Medicina Interna de diversos hospitales del Perú, usando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, una prevalencia de 15.9% de depresión y autonomía funcional en el 53%,



## Factores Asociados al Episodio Depresivo en el Adulto Mayor de Lima Metropolitana y Callao

pérdida de la capacidad funcional para una o más actividades de la vida diaria en el 47% y 17% de dependencia total, medidas con el Índice de actividades básicas de la vida diaria de Katz<sup>10,11</sup>.

Miriam Lisigurski-Teitelman, Luis Varela-Pinedo y Pedro J. Ortiz-Saavedra, en una muestra de 90 adultos mayores habitantes de Barranca, Lima-Perú, utilizando las Escala de Yesavage y el Índice de Katz ya mencionados, encontraron 41.7% de depresión y 40% de dependencia física<sup>12</sup>.

En el Estudio Epidemiológico de Salud Integral de Lima Metropolitana y Callao 2002 - Perú, realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en una muestra aleatoria de 632 adultos mayores entrevistados, se encontró una prevalencia actual de episodio depresivo del 9.8%, siendo casi el doble en el género femenino (12.3%) comparado con el género masculino (7.0%).<sup>1</sup>

Como se ha podido constatar, en el Perú, la mayoría de estudios, en relación al adulto mayor, se ha realizado en centros hospitalarios. Los Estudios Epidemiológicos en Salud Mental, realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en diversas ciudades del Perú (2002-2007), 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 viene 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)<sup>13</sup>.

Esta situación plantea retos, a nivel de los

gobiernos, para implementar políticas de salud integral para las familias, para atender a sus integrantes y en particular a los adultos mayores, proporcionándoles 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 que los varones, se hace necesario estudiar los factores asociados a ella en el adulto mayor de Lima Metropolitana y Callao.

### Material y métodos

Esta es una investigación descriptiva, de corte transversal, que forma parte del Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (EEMSM "HD-HN"), realizado en el 2002, en el área urbana de Lima Metropolitana y Callao. El muestreo fue probabilístico y trietápico. La muestra total estuvo conformada por 2 171 hogares y se encuestó a 632 adultos de 60 a más años. La tasa de no respuesta en el adulto mayor fue de 2.62%.

Para el estudio del adulto mayor se aplicaron los módulos de Datos generales, Acceso a servicios, Salud integral, Relaciones intra-familiares, Síndromes clínicos A, Síndromes clínicos B y Módulo de funciones cognoscitivas<sup>1</sup>.

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 Neuro-psiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10 de Sheehan y colaboradores)<sup>1</sup>.

En el presente estudio, el diagnóstico de episodio depresivo incluyó tanto el episodio depresivo único como el trastorno depresivo recurrente.

Se estimó la prevalencia actual de episodio depresivo en general y según las categorías de los factores incluidos en este estudio. Luego, se realizó un análisis de regresión logística con los factores mencionados en la tabla 1.



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

GRUPO	FACTORES
Socio-demográficos	Grupo de edad, sexo, estado civil, analfabetismo, nivel educativo, lengua materna, desocupación
Satisfacción personal	Grado de satisfacción con: aspecto físico, inteligencia, nivel económico, estudios, relaciones sociales
Cohesión familiar	Vergüenza, respeto, apoyo, sentimiento de orgullo, valores y principios morales compartidos por el adulto mayor y su familia
Actividades religiosas	Asistir a una iglesia o templo, participar activamente en algún grupo específico, leer y consultar sus sagradas escrituras, transmitirlos a hijos o nietos
Calidad de vida	Grado de: bienestar físico, bienestar psicológico o emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social emocional, apoyo comunitario, plenitud personal, satisfacción espiritual, calidad de vida global
Actividades de la vida diaria (AVD)	Dificultades para mantener el aseo del cuerpo, dificultades para desempeñar eficientemente sus ocupaciones, dificultades para desempeñarse satisfactoriamente en sus funciones como madre, padre, esposo, hijo, dificultades en sus relaciones interpersonales, dificultades para organizar y ejecutar AVD
Discapacidad	Algún tipo de discapacidad física, discapacidad global
Problema físico	Presencia de algún problema físico
Estresores psicosociales	Tensión producida por el trabajo o estudio, tensión producida por los hijos u otros parientes, tensión producida por la pareja, tensión producida por el dinero, tensión producida por la salud. Tensión producida por asuntos con la ley
Indicadores suicidas	¿Alguna vez en su vida ha deseado morir? ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?

El análisis estadístico de los datos se realizó con el módulo de muestras complejas del programa SPSS versión 13.

Los encuestados participaron voluntariamente. Firmaron un consentimiento informado antes de responder la encuesta. El Comité de Ética del Instituto aprobó la encuesta del Estudio Metropolitano.

## Resultados

La muestra estuvo constituida por 632 adultos mayores; de éstos 52.9% eran mujeres, y aproximadamente la mitad de ellos tuvo como máximo nivel de instrucción la primaria (51.3%).

El 63.7% estaba casado o convivía, el 30.2% era viudo, divorciado o separado. El 3,5% estaba buscando trabajo y el 19.4% había trabajado la semana anterior. El 9.8% de los adultos mayores presentó episodio depresivo; fue mayor en el género femenino (12.3%) que en el masculino (7.0%)<sup>1</sup>.

En el análisis bivariado el episodio depresivo estuvo significativamente asociado a todos los factores sociodemográficos, siendo significativamente más prevalente ( $p < 0.05$ ) en personas de 75 años y más (15.9%), de sexo femenino (12.3%), separadas, divorciadas o viudas (15.5%), con nivel educativo bajo (13.0%), con lengua materna quechua/aymara u otra (15.5%) y analfabetos (21.8%) (tabla 2).



Factores Asociados al Episodio Depresivo en el Adulto Mayor de Lima Metropolitana y Callao

**Tabla 2.**  
**EPISODIO DEPRESIVO Y FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS EN EL ADULTO MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002. (N=632)**

FACTORES	MUESTRA TOTAL	EPISODIO DEPRESIVO				F	P
		PRESENTE		AUSENTE			
		(N)	%	(N)	%		
<b>Edad por grupos</b>							
60 a 74 años	493	41	8,0	452	92,0	6,256	0.013 **
75 a más	139	23	15,9	116	84,1		
<b>Sexo</b>							
Masculino	303	21	7,0	282	93,0	3,89	0.049 **
Femenino	329	43	12,3	286	87,7		
<b>Estado civil</b>							
Conviviente y casado	344	24	7,4	320	92,6	5,004	0.007 **
Separado, divorciado y viudo	254	38	15,5	216	84,5		
Soltero	33	2	5,4	31	94,6		
<b>Nivel educativo</b>							
Primaria o menos	352	47	13,0	305	87,0	3,805	0.024 **
Secundaria y Bachillerato	159	11	6,8	148	93,2		
Superior univ. o técnica	121	6	4,6	115	95,4		
<b>Lengua materna</b>							
Castellano	497	44	8,3	453	91,7	4,779	0.03 **
Quechua, aymara u otras	135	20	15,5	115	84,5		
<b>Sabe leer y escribir</b>							
Sí	561	51	8,3	510	91,7	8,801	0.003 **
No	71	13	21,8	58	78,2		

\*\* Significativo  $p < 0.05$

Se observaron asociaciones bivariadas significativas ( $p < 0.05$ ) entre el episodio depresivo y: el grado de satisfacción con el aspecto físico, el grado de satisfacción con sus relaciones sociales, la tensión producida por la salud, el grado de bienestar físico, la presencia de algún problema físico, sufrir de alguna discapacidad física, el grado de apoyo social emocional, las dificultades para asumir y desempeñar eficientemente sus funciones como padre, madre, esposo(a) e hijo(a)

y con haber deseado morir alguna vez en la vida (tabla 3).

Con la finalidad de evaluar la posible asociación entre el episodio depresivo y un conjunto de factores se ajustaron varios modelos de regresión logística controlando los factores sociodemográficos. Los resultados se muestran en la tabla 3.

**Tabla 3.**  
**FACTORES ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO. ADULTO MAYOR DE**  
**LIMA METROPOLITANA Y CALLAO 2002. ANÁLISIS BIVARIADO.**

FACTORES ASOCIADOS	MUESTRA TOTAL	EPISODIO DEPRESIVO				OR SIN AJUSTAR	IC (95%)
		PRESENTE		AUSENTE			
		(N)	%	(N)	%		
<b>¿Qué tan satisfecho se siente con su aspecto físico?</b>							
Nada o poco	82	20	31,5	62	10,5	7,598	3,293 - 17,532**
Regular	302	33	51,5	269	49,4	2,889	1,353 - 6,171**
Mucho *	221	9	17,0	212	40,1	1	
<b>¿Qué tan satisfecho se siente con sus relaciones sociales?</b>							
Nada o poco	127	24	39,4	103	17,7	3,778	1,877 - 7,601 **
Regular	235	23	36,1	212	39,3	1,759	0,882 - 3,508
Mucho *	241	14	24,6	227	43,0	1	
<b>¿Qué tanta tensión o problema le genera la salud?</b>							
Nada o poco *	171	5	5,6	166	31,1	1	0,752 - 6,510
Regular	176	11	15,9	165	30,0	2,213	2,748 - 18,188 **
Mucho	262	46	78,5	216	38,8	7,07	
<b>Presencia de algún problema físico</b>							
Sí	360	53	84,8	307	54,7	3,970	2,031 - 7,762 **
No *	264	11	15,2	253	45,3	1	
<b>¿Sufre de algún tipo de discapacidad física?</b>							
Sí	115	26	38,2	89	16,3	3,758	2,167 - 6,516 **
No *	513	37	61,8	476	83,7	1	
<b>Bienestar físico</b>							
Ninguno o poco bienestar	39	16	28,7	23	4,1	14,028	3,844 - 41,635 **
Moderado bienestar	204	29	45,1	175	31,9	3,342	1,052 - 5,418 **
Mucho bienestar *	381	18	26,2	363	64,1	1	
<b>Apoyo social emocional</b>							
Ninguno o poco apoyo	46	8	12,1	38	6,0	2,962	1,261 - 6,954
Moderado apoyo	156	27	43,0	129	22,7	2,945	1,674 - 5,180 **
Mucho apoyo *	422	28	44,9	394	71,3	1	
<b>¿Tiene dificultades para asumir y desempeñar eficientemente sus funciones como padre, madre, esposo o hijo?</b>							
Ninguna *	523	39	61,3	484	87,1	1	2,338 - 7,127 **
Leve, moderada o severa	101	25	38,7	76	12,9	4,082	
<b>¿Alguna vez en tu vida has deseado morir?</b>							
Sí	176	40	63,5	136	23,9	5,257	3,058 - 9,036 **
No *	453	24	36,5	429	76,1	1	

\* Categoría de referencia

\*\* Significativo p ≤ 0.05



**Tabla 4.**  
**FACTORES ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO 2002.**  
**ANÁLISIS MULTIVARIADO**

FACTORES	MUESTRA TOTAL	EPISODIO DEPRESIVO				OR AJUSTADO	IC (95%)
		PRESENTE		AUSENTE			
		(N)	%	(N)	%		
<b>¿Qué tanta tensión o problema le produce la salud?</b>							
Nada o poco	171	5	5,6	166	31,1	1	
Regular	176	11	15,9	165	30,0	6,289	2,053 - 19,230 *
Mucho	262	46	78,5	216	38,8	3,257	1,431 - 7,463 *
<b>Presencia de algún problema físico</b>							
Sí	360	53	84,8	307	54,7	2,856	1,333 - 6,117 *
No	264	11	15,2	253	45,3	1	
<b>¿Sufre de algún tipo de discapacidad física?</b>							
Sí	115	26	38,2	89	16,3	2,718	1,350 - 5,472 *
No	513	37	61,8	476	83,7	1	
<b>¿Alguna vez en tu vida has deseado morir?</b>							
Sí	176	40	63,5	136	23,9	4,294	2,251 - 8,191 *
No	453	24	36,5	429	76,1	1	

\* Significativo  $p < 0.05$

Al ajustar el efecto de las variables sociodemográficas se encontraron asociaciones significativas entre el episodio depresivo y haber deseado morir alguna vez en la vida (OR: 4.2, IC: 2.25-8.19), presencia de algún problema físico (OR: 2.86; IC: 1.33-6.12). El episodio depresivo también se asocia significativamente con sufrir algún tipo de discapacidad física (OR: 2.7; IC: 1.35-5.47).

## Discusión

Utilizando el MINI, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia, el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y col., hemos encontrado mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores de 75 y más años, en el sexo femenino, en los separados, viudos y divorciados, en los de menor nivel educativo, en los analfabetos y en aquellos cuya lengua materna es el quechua, aymara u otra diferente al castellano. Pando Moreno M y col. encontraron, usando como instrumento la escala de Depresión Geriátrica de Brink (EDG), mayor prevalencia de depresión en

las mujeres, en el grupo de 80 a 84 años, en los desempleados, en los viudos y en los solteros, considerando a estos cuatro últimos factores como de riesgo (según sus OR). Nosotros encontramos, en el análisis bivariado, asociación entre episodio depresivo y: el estado civil (separados, viudos y divorciados), el nivel educativo y los que hablan quechua, aymara u otro idioma diferente al castellano. También fue mucho mayor en los analfabetos.

En nuestro estudio, la regresión logística confirmó asociación de episodio depresivo con: la tensión generada por la salud, la presencia de algún problema físico, la presencia de algún tipo de discapacidad física y el haber deseado morir alguna vez en la vida. Nuestros hallazgos coinciden con los reportados por Jesús Alfonso Martínez-Mendoza y col. Ellos encontraron, en adultos mayores hospitalizados, y utilizando las Escalas de Yesavage para Depresión, Katz y Lawton para Dependencia y la de Folstein versión Lobo para Demencia (descartaron a diez pacientes con demencia), que en la regresión logística persistió



asociación de depresión con: sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar hospitalizado en un Servicio de Medicina Interna<sup>10</sup>.

No hemos encontrado asociación con el sexo femenino, como sí está reportado en la mayoría de estudios revisados; tal vez porque las otras variables referidas a la salud física, al ser introducidas en el modelo final, fueron más importantes.

La presencia de un problema físico estuvo asociada con episodio depresivo, lo cual coincide con el estudio realizado en Colombia, entre los años 2000 y 2001, en 1 116 adultos de 18 años y más, residentes en viviendas particulares.

Ellos encontraron mayor prevalencia de depresión en las personas mayores de 45 años. Entre los factores asociados con depresión, estuvieron: ser mujer, el considerar el estado de salud propio como regular o malo y sufrir de dolores o molestias<sup>14</sup>.

Los resultados obtenidos muestran la necesidad de elaborar programas de prevención y detección precoz de enfermedades físicas, especialmente de aquellas que pueden llevar a la discapacidad por sus complicaciones (diabetes mellitus, hipertensión arterial). De esta manera se puede disminuir el riesgo de hacer depresión en los adultos mayores.

También es conveniente desarrollar programas de detección precoz para depresión y de seguimiento en la población que aún no ha hecho la enfermedad, pero que ha presentado deseos de morir alguna vez en su vida. El haber presentado deseos de morir alguna vez en la vida podría constituirse en un factor predictivo de que la persona va a hacer depresión en algún momento de su vida. El estudio tiene varias limitaciones: como en toda encuesta, la calidad de la información dependió de la veracidad en las respuestas de los encuestados. En este estudio, el diagnóstico de episodio depresivo se basó en estas respuestas y no en un examen clínico.

En nuestro medio se han realizado pocos estudios en adultos mayores de la comunidad. Este estudio aporta información sobre la depresión en este segmento poblacional.

## Conclusión

El episodio depresivo en el adulto mayor de Lima Metropolitana y Callao estuvo asociado con tensión generada por la salud física, presencia de algún problema físico, discapacidad física y con haber deseado morir alguna vez en la vida.

## Referencias

- 1 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental. Vol XVIII. Año 2002. No. 1 y 2. 131-146. Lima, Perú.
- 2 OMS 1979, Acuerdo de Kiev. En 1994, la OPS ajustó la edad de 65 años y más para considerar como adulto mayor.
- 3 Naciones Unidas, 1996. Resolución 50/141 aprobada en Asamblea General.
- 4 Principios de Geriátrica y Gerontología. Depresión en el Adulto mayor. Mariella Guerra Arteaga. p 350. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto de Gerontología. Primera edición. Lima, marzo del 2003. Edición Luis Varela Pinedo.
- 5 Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 2003 Jun; 160(6):1147-56.
- 6 Pando Moreno N, Aranda Beltrán C, Alfaro Alfaro N, Mendoza Roaf P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en una población urbana. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. 2001 MAR; 36(3).
- 7 Lee Y, Choi K, Lee YK. Association of comorbidity with depressive symptoms in community dwelling older persons. *Gerontology* 2001;47(5):254-62.
- 8 BH Green, JRM Copeland, ME Dewey, V Sharma, PA Saunders, IA Davidson, C Sullivan, C McWilliam. Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86(3), 213-217. doi:10.1111/j.1600-0447-1992.tb03254.x.
- 9 Martínez-Mendoza J.A, Martínez-Ordaz V.A, Esquivel-Molina C.G, Velasco-Rodríguez V.M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev.Med. IMSS* 2007; 45(1):21-28.
- 10 Varela-Pinedo Luis, Chávez-Jimeno Helver, Herrera-Morales Antonio, Ortiz-Saavedra Pedro y Chigne Verástegui Oscar. Valoración geriátrica



Factores Asociados al Episodio Depresivo en el Adulto Mayor de Lima Metropolitana y Callao

integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico Vol 43 No.2 Marzo-Abril 2004.

- 11 Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, A.W., Jakson, B.A., Jaffe, M.W. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 1963; 185: 914-919.
- 12 Lisigursky-Teitelman Miriam, Valera-Pinedo Luis, Ortiz-Saavedra Pedro. Valoración Geriátrica Integral en una población de adultos mayores. (spmi7Vol 15\_N1/encabezado.htm).
- 13 INEI, Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perfil demográfico del Perú.
- 14 Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores

asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública.2004; 16(6):378-86.

### **Agradecimientos**

---

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

*A la Dra. Ysela Agüero por su asiduo asesoramiento.*

*Al Dr. Javier Saavedra, al Dr. Yuri Cutipé, a Dario Fabian y todas las personas que de alguna u otra forma contribuyeron al desarrollo de esta investigación.*

*Al Dr. Alarcón por su valiosa asesoría final.*