

FACTORES ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, 2012

ASSOCIATED FACTORS WITH DEPRESSIVE EPISODE IN THE SENIORS OF METROPOLITAN LIMA AND CALLAO, 2012

Vilma Paz¹;

RESUMEN

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

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, probabilístico y trietápico, parte del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación, 2012. Muestra: 1482 adultos de 60 años y más, residentes habituales de las ciudades de Lima y Callao. Instrumentos: cuestionarios elaborados a partir del Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores, Cuestionario de Salud Mental de Colombia, de Violencia Familiar de Anicama y colaboradores, de Pfeffer, MINI (Entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10 de Sheehan y colaboradores, Mini Mental State Examination de Folstein. Los factores asociados significativamente en los análisis bivariados se introdujeron en modelos parciales de regresión logística. Los factores asociados en las regresiones parciales logísticas entraron en un modelo final de regresión logística para muestras complejas. Los factores que en el análisis bivariado presentaban frecuencias de 5 o menores no entraron en la regresión logística. Se utilizó el SPSS V.20.

RESULTADOS: La regresión logística mostró asociación con sexo femenino (OR:1,8; IC:1,07-3,19), deseos de morir en el último año (OR ajustado:2,3; IC:1,16-4,58); excesiva tensión o estrés (OR ajustado:2,9; IC:1,49-5,63); dificultades o limitaciones para planificar, organizar y ejecutar sus actividades de la vida diaria (AVD) (OR ajustado: 3,1; IC:1,65-6,08) y con tristeza excesiva, pena o depresión (OR:14,7; IC: 6,72-32,33).

CONCLUSIONES: El episodio depresivo afecta el desempeño en las AVD y es un factor de riesgo para el suicidio. El sexo femenino es el más afectado. Sería conveniente implementar programas de capacitación dirigidos a los familiares y cuidadores de los adultos mayores con depresión para que sepan cómo ayudarlos en sus AVD.

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

SUMMARY

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

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, probalistic, three-stage and cross-sectional study, which is part of the Replication 2012 -Epidemiological Mental Health Study in Metropolitan Lima and Callao. The sample involved 1482 people aged 60 and over, who were living in the urban areas of Lima and Callao in 2012. The instruments used were: The Quality Scale of Life of Mezzich et al, the Questionnaire of Mental Health of Colombia, the Mini Mental State Examination of Folstein, the MINI (Neuro-psychiatric International Interview, Spanish version CIE 10, of Sheehan et al) and the Questionnaire of Pfeffer. The associated factors in the bivariate analyzes were entered into partial logistic regressions models, finally the associated factors in the partial regressions were entered into a final logistic regression model for complex samples. Those factors with frequencies 5 or minors in the bivariate analyzes were not introduced in the final logistic regression model. The SPSS V 20 was used.

RESULTS: The logistic regression has showed significant association with female (Adjusted OR:1,8; IC:1,07-3,19); desires of dying in the last year (Ajusted OR:2,3; IC:1,16-4,58); excessive strain or stress (Adjusted OR:2,9; IC:1,49-5,63); difficulties or limitations for plan, organize and execute their activities of daily living (Ajusted OR: 3,1; IC:1,65-6,08); in the last year Adjusted ; excessive strain or stress(Adjusted OR:2,9; IC:1,49-5,63)and with excessive sadness, grief or depression (AdjustedOR:14,7; IC: 6,72-32,33).

CONCLUSIONS: In old age, the depressive episode affects performance in activities of daily living and it can be a risk factor for suicide. The female has the highest prevalence of depressive episode. It may be appropriate to implement training programs for families and caregivers of older adults with depression so they know how to help them in their ADL.

KEY WORDS: Old adult, Depressive episode, Associated factors, Urban area, Perú.

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

En el presente estudio hemos considerado como adultos mayores a las personas que tienen 60 o más años de edad¹.

La depresión es muy frecuente en los

adultos mayores. Las prevalencias varían según procedencia de la muestra y según los instrumentos utilizados para medirla. Cuando la muestra proviene de adultos mayores residentes en la comunidad y se

usan instrumentos diagnósticos para episodio depresivo, las prevalencias son menores. En una revisión sistemática y meta-análisis de 24 estudios, publicados en inglés y alemán en bases de datos electrónicas (MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library y Psycinfo), Luppá M et al, encontraron prevalencias de depresión en el último año que iban desde 1,4 hasta 9,3%². En otra revisión sistemática y meta-análisis de 27 estudios publicados en MEDLINE, Embase, Scopus, LILACS, Scielo y en el Portal de Dominio Público del Brasil, que reportaban prevalencias de depresión y de síntomas depresivos en la población de Brasil (incluía 464 734 personas de 15 a 80 años), la prevalencia anual de desorden depresivo mayor en cinco estudios fue de 8%, mucho mayor en mujeres (11,3%) que en varones (4%)³. En el Perú, en los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental, realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en los adultos mayores se encontraron prevalencias anuales de episodio depresivo menores en áreas rurales que en las urbanas y mayores en las ciudades de fronteras. Así, en Lima Rural fue de 4,2%⁴; 4,3% en la Sierra Rural⁵; 5,0% en la Sierra Peruana⁶; 6,1% en la Selva⁷ y también en la Costa⁸; 6,7% en Lima Metropolitana⁹; 7,9% en la ciudad de Abancay¹⁰ y 8,6% en cinco ciudades de la frontera peruana¹¹.

Dependiendo de las escalas que se usen para medir los síntomas depresivos y de los lugares de donde proceden las muestras, las prevalencias arrojan cifras mucho mayores que van desde 8,9%¹², 19,49%¹³, 21,4%¹⁴ hasta 38%¹⁵.

Cuando se comparan las prevalencias según grupos etarios, los resultados son controvertidos. En un estudio realizado en 10 países (Canadá, Estados Unidos, Brasil, Chile, México, República Checa, Alemania, Holanda, Turquía y Japón) los autores encontraron que en los países de altos ingresos la depresión era más prevalente entre la gente más joven y que en los países de medianos y bajos ingresos las prevalencias tendían a ser mayores en las personas mayores¹⁶. En un estudio realizado en la ciudad de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil en una muestra de 2925 adultos de 20 años y más (incluyó 665

adultos de 60 y más años de edad) los autores encontraron que la prevalencia de depresión disminuía con la edad¹⁷.

Al comparar las prevalencias entre los grupos de adultos mayores, también los resultados son contradictorios. En un estudio realizado en una muestra pequeña de 125 adultos mayores de un municipio de Brasil captada entre octubre y diciembre del 2010, la prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en el grupo de 60 a 69 años (40,5%) y menores en los grupos de 70 a 79 años (36,0%) y en el de 80 y más años de edad (23,4%)¹⁸. En un estudio realizado en una muestra de 103 adultos de 60 años y más residentes en un área rural de la India, la prevalencia de depresión también fue mayor en el grupo de 60 a 69 años (49,3%) y menores en los restantes grupos (70-79 años: 26,9%; 80-89 años: 25%) aunque estas diferencias no fueron significativas¹⁹. En otro estudio realizado también en la India, en 3038 adultos de 60 y más años, encontraron que los adultos de 80 y más años tenían 2,19 mayores posibilidades de hacer episodio depresivo (IC:1,31-3,97) que los que estaban entre 71-75 años (OR: 1,93; IC:1,24-2,99), entre 66-70 años (OR:1,43; IC:0,98-2,09) y 76-80 años (OR:1,25; IC:0,68-2,29)¹².

Otros autores han encontrado que los adultos mayores de 80 años y más tienen 1,22 mayores posibilidades de presentar síntomas depresivos que los de 60 a 69 años¹⁵.

Muchos factores se han encontrado asociados a la depresión en los adultos mayores. En las mujeres las posibilidades de tener síntomas depresivos van desde 1,15, 1,60 a 2,38^{15,20,21}; el estado civil, estar viudo, separado o divorciado, ofrece 1,2 mayores posibilidades de hacer síntomas depresivos²². Las dificultades para desempeñarse eficientemente en las actividades de la vida diaria también se han encontrado asociadas a la depresión. Así, los adultos mayores con síntomas depresivos tienen 1,39 mayores posibilidades de presentar gran dificultad para desempeñarse en sus actividades de la vida diaria¹⁵. Estar desempleado ofrece 4,21 mayores posibilidades de hacer depresión²³. La depresión está considerada como un factor de riesgo para

el suicidio²⁴. La depresión puede presentarse en comorbilidad junto a enfermedades físicas crónicas y a otros trastornos mentales como el trastorno de ansiedad generalizada^{25,26}. En cuanto a la fuerza y el tipo de asociación entre consumo excesivo de alcohol y depresión los hallazgos varían. Varios estudios han encontrado asociación no lineal entre consumo de alcohol y síntomas depresivos en los adultos mayores; en algunos, el diagrama de esta asociación ha tenido forma de J^{27} y en otros, de U^{28} ; todo lo cual indica que tanto los abstemios como los bebedores excesivos, tendrían riesgo aumentado para hacer síntomas de depresión mayor, en comparación con los bebedores moderados.

En el Perú, la proporción de adultos mayores continúa incrementándose. Este incremento obedece a que la esperanza de vida al nacer ha aumentado en todos los grupos etarios y las tasas de natalidad y de fecundidad han disminuido. En el 2013, el 9,2% de la población total correspondía a los adultos de 60 y más años (2 807 354). Para el 2021, la población adulta mayor será el 11,2% de la población total (3 726 534). Entre el 2010 y el 2013, mientras que la población de 0 a 59 años aumentó en 2,7%; en ese mismo periodo la población de 60 y más años de edad aumentó en 10,8%²⁹. La población está envejeciendo y la proporción de adultos mayores tiende a ser cada vez mayor. Esta mayor proporción de adultos mayores demandará mayor número de atenciones de los sistemas de salud y mayores cuidados por parte de los familiares. Será necesario que los gobiernos implementen políticas de atención de salud integral a los adultos mayores, para poder ofrecerles una mejor calidad de vida. Es importante conocer los factores asociados a la depresión, en la población adulta mayor de Lima Metropolitana en el 2012 con el fin de elaborar programas preventivos de aquellos factores asociados, susceptibles de ser controlados ya sea con tratamientos farmacológicos o con afrontes terapéuticos específicos.

Material y métodos

Tipo de Estudio

El descriptivo, epidemiológico y transversal,

que usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao realizado en el 2012.

Población y muestra

La población en estudio incluyó a los adultos de 60 años de edad y más que en el 2012 residían habitual o permanentemente en las viviendas particulares, de las provincias de Lima y Callao. Los distritos incluidos fueron:

En el Cercado de Lima: Breña, La Victoria, Lima, Lince y Rímac.

En la Zona Residencial y Comercial: Barranco, Jesús María, La Molina, Magdalena del Mar, Miraflores, Pueblo Libre, San Borja, San Isidro, San Luis, San Miguel, Santiago de Surco y Surquillo.

En el Cono Este: Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, Lurigancho-Chosica y Santa Anita.

En el Cono Norte: Ancón, Carabayllo, Comas, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres y Santa Rosa.

En el Cono Sur: Chorrillos, Lurín, Pachacamac, San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Villa María del Triunfo.

En el Callao: Callao, Bellavista, Carmen de la Legua, La perla, La Punta y Ventanilla.

Se excluyeron los distritos de los balnearios del Sur -Punta Negra, Punta Hermosa, Pucusana, San Bartolo y Santa María del Mar- por su escasa población.

El muestreo fue probabilístico y en varias etapas. Primero se seleccionaron los conglomerados de aproximadamente 100 viviendas contiguas, según el marco muestral del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado en base al Pre Censo del 2007. Luego, las viviendas en cada uno de los conglomerados, según el registro de viviendas efectuado por el personal de campo que realizó la encuesta y, por último, al adulto mayor dentro de cada vivienda que satisfacía los criterios de inclusión, según el registro de miembros

del hogar elaborado por los encuestadores al momento de abordar la vivienda.

La muestra fue ponderada (1 013 284) para reproducir la estructura demográfica de la población en estudio. Se entró a 5340 hogares y se encuestaron a 1482 adultos de 60 a más años. La tasa total de no respuesta para el adulto mayor fue de 16,43%.

Criterios de inclusión: adultos de 60 años y más sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de problemas mentales moderados o severos que impidiesen la comunicación, se procedería con la entrevista indirecta al jefe del hogar.

Instrumentos utilizados en el adulto mayor: Los instrumentos incluidos en los cuestionarios del adulto mayor fueron: el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores^{30,31}, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia³², el Mini Mental State Examination de Folstein³³, el Cuestionario de Pfeffer, el MINI (Entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10 de Sheehan y colaboradores)³⁴ y el Cuestionario de Violencia Familiar de Anicama et al³⁵.

- 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^{30,35}.
- 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 como en adolescentes³⁶. 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 Folstein³³, 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 por Sheehan y colaboradores, basada en la Décima Revisión Internacional de Enfermedades. Da información estandarizada sobre los principales trastornos mentales (episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastorno generalizado de ansiedad sin depresión, episodio psicótico, fobia social). En el primer Estudio Epidemiológico de Lima Metropolitana, el instrumento se adaptó lingüísticamente a través de una prueba piloto en residentes de cien viviendas de cada cono de Lima. Posteriormente, en los estudios de la sierra y de la selva, de nuevo fue validado lingüísticamente mediante pruebas en campo y focus groups. El instrumento se adaptó para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis meses y prevalencia actual de los principales trastornos mentales. Para episodio depresivo se utilizó la versión en español del MINI CIE-10, coincidente con la versión en español de los Criterios de Investigación de la CIE-10 editada

por MEDITOR y J.J. López Ibor, que considera solo el episodio depresivo moderado a severo. El episodio psicótico se consideró presente cuando había por lo menos uno de los seis síntomas listados, había pleno convencimiento de su presencia y había estado presente durante por lo menos un mes³⁴.

- 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 sierra³⁵.

En el presente estudio, el diagnóstico de episodio depresivo incluyó, tanto al episodio depresivo único como al trastorno depresivo recurrente, de grados moderado y severo.

Se hicieron test de independencia para muestras complejas con el chi cuadrado y el F ajustado para determinar cuáles de los factores independientes tenían cierta asociación ($p < 0,05$) con prevalencia anual de episodio depresivo. Se encontraron 52 factores asociados. Se realizaron análisis bivariados entre cada uno de estos factores y prevalencia anual de episodio depresivo. Los factores que resultaron asociados en los análisis bivariados se incluyeron en modelos parciales de regresión logística. Los factores que resultaron asociados en estos modelos parciales, se introdujeron en un modelo final de regresión logística, controlando el efecto de los factores sociodemográficos. No se incluyeron en la regresión logística a aquellos factores que en los análisis bivariados tenían prevalencias cero, cinco o menores a cinco en alguna de sus categorías (haber tenido pensamientos o imágenes repetitivas u obsesiones; cansancio mental o surmenage, haber pensado o planeado quitarse la vida en el último año, haber intentado

hacerse daño o quitarse la vida en el último año, bienestar psicológico o emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, interpersonal, apoyo social emocional, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global).

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 Lima Metropolitana y Callao 2012 se realizó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

Los factores incluidos en los análisis bivariados fueron:

Sociodemográficos:

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

en edad escolar (a la esposa del jefe del hogar se le preguntó si habían niños en edad escolar que no asistían a la escuela por problemas económicos).

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

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

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

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

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

Indicadores suicidas: Deseos de morir, pensamientos suicidas, planeamiento suicida y

conducta suicida, medidos como prevalencia en el último año.

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

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

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

Violencia: Comportamiento deliberado que ocasiona daños físicos, psicológicos o emocionales mediante el uso de amenazas, ofensas verbales o agresiones físicas. Se estudió haber sido objeto de intentos o actos sexuales inapropiados; de golpes, puñetes o empujones; de insultos, agresiones verbales u ofensas; de chantajes, manipulaciones o humillaciones; haberse sentido abandonado (es decir que no le procuraban alimentos, vestido, medicinas, vivienda o afecto) en el último año.

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

Trastornos mentales: Presencia de episodio depresivo, de ansiedad generalizada (sin depresión), de síndrome psicótico. Evaluados siguiendo los criterios diagnósticos del MINI³⁴.

Consumo de sustancias: Prevalencia anual de bebedor riesgoso de alcohol, de consumo perjudicial, de dependencia de alcohol. Al bebedor riesgoso de alcohol se le definió como aquel que durante un año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte). Se midieron a través del AUDI (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol)⁹.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 1482 adultos mayores, el 53,2% eran mujeres. El 38,9% tenía instrucción primaria, 11,0% era analfabeto. El 59,2% estaba unido (casado o conviviente);

el 35,5% estuvo alguna vez unido (viudo, separado o divorciado) y nunca unido (soltero), el 5,3% (Tabla 1). El 6,7% de los adultos mayores presentó episodio depresivo en el último año. Las prevalencias fueron mayores en el sexo femenino (9,0%) que en el masculino (4,1%) y en los analfabetos (11,0%) (Tabla 2).

En el análisis bivariado, el episodio depresivo estuvo significativamente asociado al sexo femenino y al analfabetismo (Tabla 2).

En la Tabla 3 vemos que el episodio depresivo estuvo significativamente asociado ($p < 0,05$) con presencia de enfermedad física o accidente en los últimos seis meses, con varios problemas emocionales percibidos (excesiva tristeza, pena o depresión; tensión o estrés excesivo; preocupación excesiva, problemas con alcohol o drogas, dificultad para controlar sus pensamientos o preocupaciones), deseos de morir en el último año y con presencia de deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia. En el análisis bivariado algunos de los problemas emocionales percibidos (pensamientos o imágenes repetitivas u obsesiones) y de los indicadores suicidas (haber pensado o planeado quitarse la vida en el último año, haber intentado hacerse daño o quitarse la vida en el último año) tuvieron casilleros con observaciones de cinco o menores, por lo cual no fueron incluidos en la regresión logística.

Tabla 1.
FACTORES SOCIODEMGRÁFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, 2012

FACTORES	MUESTRA (SIN PONDERAR)	ESTIMACIÓN(**) (%)	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%(**)	
			INFERIOR	SUPERIOR
Edad				
60 - 74 años	1028	69,1	66,2	71,8
75 a más años	454	30,9	28,2	33,8
Sexo				
Masculino	667	46,8	43,7	50,0
Femenino	815	53,2	50,0	56,3
Estado Civil				
Actualmente unido	732	59,2	56,5	61,9
Alguna vez unido	678	35,5	33,0	38,0
Nunca unido	71	5,3	4,1	6,9
Nivel de Instrucción				
Inicial	1	0,03	0,0	0,2
Bachillerato	1	0,4	0,0	2,5
Postgrado	34	2,6	1,8	3,8
Sin nivel	70	4,0	3,1	5,3
Superior no universitario	151	10,1	8,4	12,2
Superior universitario	239	17,7	15,4	20,3
Primaria	490	31,6	28,9	34,5
Secundaria	493	33,5	30,7	36,4

FACTORES	MUESTRA (SIN PONDERAR)	ESTIMACIÓN(**) (%)	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%(**)	
			INFERIOR	SUPERIOR
Nivel de Pobreza				
Pobre Extremo (dos o más)	39	2,0	1,3	3,1
NBI				
Pobre (una NBI)	151	9,3	7,6	11,3
No Pobre (Ninguna NBI)	1292	88,7	86,4	90,6
Lengua Materna				
Castellano	1151	79,7	77,1	82,1
Quechua	308	18,7	16,4	21,2
Aymara u otro	23	1,5	0,9	2,5
Analfabetismo				
Si Analfabeto	186	11,0	9,4	12,9
No Analfabeto	1290	89,0	87,1	90,6
Desocupación				
No	1474	99,6	99,1	99,8
Si	8	0,4	0,2	0,9

(**) porcentaje expandido a la población

Tabla 2.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, 2012

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	MUESTRA (SIN PONDERAR)	EPISODIO DEPRESIVO		F (*)	P (*)
		(N)	%(**)		
Sexo					
Masculino	667	28	4,1	10,526	0,001
Femenino	815	70	9,0		
Analfabetismo					
Si Analfabeto	186	20	11,0	4,119	0,043
No Analfabeto	1290	78	6,2		

(**) porcentaje expandido a la población

Tabla 3.
SALUD FÍSICA, PROBLEMAS EMOCIONALES PERCIBIDOS, INDICADORES SUICIDAS, DETERIORO

FACTORES	MUESTRA	EPISODIO DEPRESIVO (PRESENTE)		P(*)
		(N)	%	
Salud Física				
Presentó alguna Enfermedad Física	441	40	9.8	0.011
Problemas emocionales percibidos				
Excesiva tristeza, pena o depresión	577	88	16.5	0.000
Ataque o crisis de nervio	57	10	15.7	0.019
Tensión o estrés excesiva	108	25	22.9	0.000
Preocupación excesiva	199	35	18.0	0.000
Dificultad para controlar sus pensamientos o preocupaciones	26	6	18.9	0.014
Pensamientos o imágenes repetitivos u obsesiones	12	4	32.8	0.001
Problemas con alcohol o drogas	29	6	22.8	0.007
Cansancio mental o surmenage	20	5	20.8	0.011
Indicadores suicidas				
Ha deseado morir en el último año	83	19	24.2	0.000
Ha pensado en quitarse la vida en el último año	20	4	23.2	0.013
Ha planeado en quitarse la vida en el último año	6	2	51.8	0.000
Ha intentado hacerse daño o quitarse la vida en el último año	2	2	100.0	0.000
Deterioro cognoscitivo				
Presencia de síndrome demencial (preparado para 8 o más años de instrucción con disyuntiva entre 12 y 13) (MMSE <=21 y PFEFFER >=6)	114	19	17.4	0.000

(*) Prueba de Independencia para muestras complejas

(*) significativo P<0,05

Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao

El análisis bivariado mostró asociación significativa ($p < 0,05$) de prevalencia anual de episodio depresivo con estar nada, poco o regularmente satisfecho con el aspecto físico en general, el color de la piel, la inteligencia, la condición socioeconómica, el nivel educativo alcanzado, las amistades o relaciones sociales y

el lugar de residencia. Igualmente se observaron asociaciones bivariadas significativas ($p < 0,05$) entre prevalencia anual de episodio depresivo con bastante o mucha tensión producida por los hijos u otros parientes, la pareja, el dinero y la salud (Tabla 4).

Tabla 4.
SATISFACCIÓN PERSONAL, ESTRESORES PSICOSOCIALES Y EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, 2012

SATISFACCIÓN PERSONAL	MUESTRA	EPISODIO DEPRESIVO (PRESENTE)		P(*)
		(N)	%	
Aspecto físico en general				
Nada, poco, regular	391	46	12,0	0,000
Bastante o mucho	1058	48	4,4	
Color de piel				
Nada, poco, regular	255	30	11,4	0,006
Bastante o mucho	1194	64	5,5	
Inteligencia				
Nada, poco, regular	411	42	9,4	0,016
Bastante o mucho	1030	53	5,5	
Condición socio económica				
Nada, poco, regular	823	69	8,4	0,022
Bastante o mucho	629	27	4,5	
Nivel educativo alcanzado				
Nada, poco, regular	868	74	8,5	0,008
Bastante o mucho	552	22	4,2	
Amistades o relaciones sociales				
Nada, poco, regular	510	51	10,7	0,000
Bastante o mucho	941	45	4,5	
Lugar de residencia				
Nada, poco, regular	503	46	10,1	0,001
Bastante o mucho	955	51	5,0	
Estresores psicosociales				
Sus hijos u otros parientes				
Nada, poco, regular	1245	70	5,8	0,008
Bastante o mucho	202	26	11,6	
Su pareja				
Nada, poco, regular	651	27	4,8	0,001
Bastante o mucho	94	12	15,3	
El dinero				
Nada, poco, regular	1075	54	5,4	0,002
Bastante o mucho	386	43	10,8	
La salud				
Nada, poco, regular	793	33	4,5	0,002
Bastante o mucho	672	63	9,4	

(*) Prueba de Independencia para muestras complejas
(*) significativo $P < 0,05$

La Tabla 5 muestra asociaciones bivariadas significativas ($p < 0,05$) entre prevalencia anual

de episodio depresivo y todos los factores de cohesión familiar.

Tabla 5.
COHESIÓN FAMILIAR Y PREVALENCIA ANUAL DE EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES EN LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, 2012

COHESIÓN FAMILIAR	MUESTRA	EPISODIO DEPRESIVO (PRESENTE)		P(*)
		(N)	%	
¿Cuánto le importaría hacer pasar vergüenza a su familia?				
Nada, poco, regular	1255	17	13,2	0,009
Bastante o mucho		75	5,7	
¿Qué tanto siente que lo(a) respetan?				
Nada, poco, regular	183	20	14,3	0,001
Bastante o mucho	127	75	5,6	
¿Cuánto siente que se apoyan unos a otros?				
Nada, poco, regular	286	30	12,1	0,000
Bastante o mucho	1166	66	5,4	
¿Cuán orgulloso(a) o feliz se siente de su hogar?				
Nada, poco, regular	195	25	14,1	0,001
Bastante o mucho	1260	70	5,4	
¿Qué tanto siente Ud. que sus valores morales se parecen a los de su familia?				
Nada, poco, regular	275	28	12,4	0,000
Bastante o mucho	1156	64	5,1	
¿Qué tanto se siente parte del progreso de su familia?				
Nada, poco, regular	303	41	13,9	0,000
Bastante o mucho	1130	54	4,8	
¿Siente Ud. que puede contar con su familia cuando tiene problemas?				
Nada, poco, regular	279	35	11,9	0,002
Bastante o mucho	1172	61	5,4	
¿Conversa con su familia sobre sus aspectos personales?				
Nada, poco, regular	426	42	10,3	0,005
Bastante o mucho	1028	55	5,3	
¿Toman en cuenta su opinión en las decisiones importantes?				
Nada, poco, regular	327	37	12,6	0,000
Bastante o mucho	1119	59	5,0	
¿Su familia muestra interés por sus sentimientos y afectos?				
Nada, poco, regular	292	30	11,9	0,003
Bastante o mucho	1159	66	5,4	
¿Siente que su familia lo(la) toma en cuenta?				
Nada, poco, regular	261	30	13,1	0,000
Bastante o mucho	1190	65	5,2	

(*) Prueba de Independencia para muestras complejas
(*) significativo P<0.05

La Tabla 6 muestra la asociación entre prevalencia anual de episodio depresivo con calidad de vida. La asociación fue significativa con nada o poco bienestar físico. En el análisis bivariado, la mayoría de factores que conforman

la calidad de vida tuvieron casilleros con observaciones menores a 5 por lo cual no se incluyeron en la regresión logística. Asimismo, todas las actividades de la vida diaria estuvieron asociadas significativamente ($p < 0,05$).

Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao

Tabla 6.
CALIDAD DE VIDA, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, 2012

FACTORES	MUESTRA	EPISODIO DEPRESIVO (PRESENTE)		P(*)
		(N)	%	
Calidad de vida				
Bienestar físico				
Nada o poco	25	9	30,7	0,000
Regular	665	59	9,5	
Bastante o mucho	760	24	2,9	
Bienestar psicológico o emocional				
Nada o poco	8	4	46,7	0,000
Regular	508	53	11,0	
Bastante o mucho	936	35	3,5	
Autocuidado y funcionamiento independiente				
Nada o poco	11	3	15,9	0,006
Regular	368	32	10,1	
Bastante o mucho	1071	56	5,0	
Funcionamiento ocupacional				
Nada o poco	21	4	15,6	0,028
Regular	421	40	8,9	
Bastante o mucho	1004	47	5,1	
Funcionamiento interpersonal				
Nada o poco	7	0	0	0,000
Regular	420	43	11,3	
Bastante o mucho	1022	48	4,4	
Apoyo social – emocional				
Nada o poco	34	3	8,1	0,018
Regular	490	41	9,2	
Bastante o mucho	922	47	4,8	
Plenitud personal				
Nada o poco	13	1	8,3	0,000
Regular	506	50	10,5	
Bastante o mucho	925	39	3,8	
Satisfacción espiritual				
Nada o poco	4	2	34,3	0,000
Regular	310	27	10,8	
Bastante o mucho	1133	61	4,8	
Calidad de vida Global				
Nada o poco	1	0	0	0,000
Regular	345	44	13,3	
Bastante o mucho	1102	46	3,9	
Actividades de la vida diaria				
Tiene dificultades o limitaciones para mantener regularmente el aseo de su cuerpo, su aliño o arreglo personal	114	20	20,0	0,000
Tiene dificultades o limitaciones para desempeñar eficientemente (o bien) sus ocupaciones (estudios, trabajos, o casa)	199	29	15,8	0,000
Tiene dificultades o limitaciones para asumir y desempeñar satisfactoriamente (o bien) sus funciones como madre, padre, abuelo(a), esposo(a) o hijo(a)	102	15	15,3	0,003
Tiene dificultades o limitaciones para relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y personas en general	55	12	20,3	0,000
Tiene dificultades o limitaciones para planificar, organizar y ejecutar sus actividades diarias	142	27	21,2	0,000

(*) Prueba de Independencia para muestras complejas
(*) significativo P<0.05

Tabla 7.
FACTORES ASOCIADOS AL EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, 2012.
REGRESIÓN LOGÍSTICA FINAL

FACTORES	ESTIMACIÓN (%)	B	(OR) AJUSTADO	I.C. (95%)	P**
Sexo					
Masculino*	46,9	0,000	1	-	0,028
Femenino	53,1	0,615	1,850	1,070 - 3,97	
Ha tenido excesiva tristeza pena o depresión					
No*	63,0	0,000	1	-	0,000
Si	37,0	2,691	14,750	6,728 - 32,337	
Ha tenido tensión o estrés excesivo					
No*	93,1	0,000	1	-	0,002
Si	6,9	1,067	2,906	1,497 - 5,639	
Ha deseado morir en el último año					
No*	94,7	0,000	1	-	0,017
Si	5,3	0,836	2,308	1,161 - 4,587	
Tiene dificultades o limitaciones para planificar, organizar y ejecutar sus actividades diarias					
No*	90,6	0,000	1	-	0,001
Si	9,4	1,154	3,170	1,651 - 6,085	

(**) P<0.05 Significativo
 (*) porcentaje expandido a la población
 (*) Categoría de referencia

La Tabla 7 muestra que los adultos mayores de sexo femenino tenían 1,85 mayores posibilidades de presentar episodio depresivo que los de sexo masculino.

Los que han sentido excesiva tristeza, pena o depresión tenían 14,8 mayores posibilidades de hacer episodio depresivo respecto a los que no presentaron excesiva tristeza, pena o depresión. Este último resultado hay que tomarlo con precaución ya que el IC fue muy amplio (6,728-32,337).

Las personas adultas mayores con tensión excesiva o estrés presentaban 2,9 mayores posibilidades de hacer episodio depresivo que las personas que no tenían excesiva tensión o estrés.

Las personas que habían sentido deseos de morir en el último año tuvieron 2,3 mayores posibilidades de presentar episodio depresivo que aquellas que no presentaron deseos de morir en el último año.

Las personas que habían tenido limitaciones para planificar, organizar y ejecutar sus

actividades de la vida diaria tuvieron 3,17 mayores posibilidades de presentar episodio depresivo que aquellas que no habían presentado estas limitaciones.

Discusión

Nuestros hallazgos coinciden con los de otros autores. La mayoría de ellos han encontrado relación entre sexo femenino y depresión. En nuestro estudio, las adultas mayores tuvieron 1,85 más posibilidades de sufrir episodio depresivo que los varones, riesgo algo mayor al encontrado por Bretanha et al²⁰ en cuyo estudio las adultas de 60 años y más tuvieron 1,60 mayores posibilidades de sufrir síntomas depresivos. Bretanha realizó su estudio en 1593 adultos mayores y el nuestro incluyó a 1482. Tal vez las diferencias en los hallazgos puedan explicarse porque en ambos estudios se utilizaron instrumentos diferentes para medir la presencia de depresión. Bretanha utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems (GDS-15) y con ella estimó la prevalencia de depresión en los últimos 30 días. Otros autores como Castro et al, utilizando otra escala (12 Item General Questionnaire in Community Dewling

Older Adults) encontraron que las mujeres tenían 1,15 mayores posibilidades de tener síntomas depresivos¹⁵. El sexo femenino es considerado un marcador fijo³⁷. Significa que no puede ser modificado. Ser mujer la hace vulnerable para hacer depresión. No se conocen las razones para ello. Se han elaborado una serie de explicaciones que no pasan de ser conjeturas.

Los indicadores suicidas van desde el deseo de morir, pasando por ideación y planeamiento suicidas, hasta llegar a la conducta suicida. En este estudio hemos encontrado asociación entre episodio depresivo y deseos de morir. Los deseos de morir en los adultos mayores se han encontrado asociados, no solo con la depresión, sino también con la discapacidad funcional (medida a través de la capacidad para desarrollar sus actividades de la vida diaria) y las condiciones crónicas³⁸. La depresión es la patología que con mayor frecuencia se relaciona con la conducta suicida^{24,39,40}. A pesar de que la depresión es más frecuente en las mujeres, las tasas de suicidio son mayores en los varones⁴¹ y tienden a disminuir en los adultos de 65 años a más y a aumentar en los más jóvenes (25-44 años)⁴². En los adultos mayores de Lima, en el 2012, si bien la prevalencia anual de deseos de morir fue de 5,3%, en el último mes bajó a 1,9%. La prevalencia anual de conducta suicida fue de 0,1% y la prevalencia mensual cayó a 0%⁹. Si bien el 5,3% de los adultos mayores había deseado morir en el último año, ninguno presentó conducta suicida. Tal vez en estos adultos mayores existan otros factores que actúen como protectores frente a la conducta suicida. Estudiar estos factores sería materia de otra investigación. Las tasas de suicidio varían según los países. En todos los Estudios Epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi desde el año 2002 hasta el 2012 en diversos lugares del Perú, las prevalencias de conducta suicida en los adultos mayores han sido muy bajas en comparación con las de otros países. En el 2002 en Lima Metropolitana y Callao la prevalencia de vida de conducta suicida alcanzó al 2,5% de la población adulta mayor, una de las más altas del país, sin embargo, 10 años después (2012) cuando se hizo la replicación del Estudio Epidemiológico

de Salud Mental en Lima, las prevalencias de todos los indicadores suicidas habían bajado notablemente⁹.

Según el CEI X⁴³ para hacer el diagnóstico de episodio depresivo, el criterio B exige que deban estar presentes dos de los tres siguientes:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas,
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras,
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

El criterio C dice: "Además, debe estar presente uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad,
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada,
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida,
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones,
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición,
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo,
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso".

La encuesta del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao 2012, incluyó entre sus instrumentos la MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión español CIE-10)³⁴ la cual, se basa en los criterios diagnósticos para investigación del CIE X, para hacer el diagnóstico de los principales desórdenes mentales, entre ellos el episodio depresivo, moderado y severo. Además, nuestra encuesta incluyó una lista pormenorizada de problemas emocionales percibidos, de los cuales la tristeza y la tensión excesivas resultaron asociadas al episodio depresivo. La asociación de

episodio depresivo con excesiva tristeza o pena y con pensamientos de muerte (deseos de morir) reafirma el diagnóstico de episodio depresivo en estos adultos mayores.

Es esperable encontrar relación entre la depresión y las dificultades para desempeñarse eficientemente en las actividades de la vida diaria, ya que en la depresión puede haber disminución en la capacidad para concentrarse y pensar acompañadas de falta de decisión y vacilaciones (síntoma N°4 del Criterio C de la CEI X). En este estudio las personas adultas mayores que presentaban dificultad para organizar, planificar y ejecutar sus actividades de la vida diaria tenían 1,15 mayores posibilidades de presentar episodio depresivo que quienes no tenían esta dificultad, resultado coincidente con el de Castro et al, quienes encontraron que los adultos mayores con síntomas depresivos tenían 1,39 mayores posibilidades de tener dificultades para desempeñarse eficientemente en sus actividades de la vida diaria¹⁵.

Limitaciones

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

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

El diagnóstico de episodio depresivo se hizo con un instrumento basado en los Criterios de Investigación de la CIE X y no se corroboró con un examen clínico.

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

Conflicto de Intereses

La autora no tiene conflictos de intereses.

Conclusiones

El episodio depresivo sigue teniendo mayor presencia en las mujeres, quienes ven afectada su calidad de vida. Es conveniente hacer un diagnóstico precoz de la depresión para poder instaurar prontamente el tratamiento farmacológico, acortar el período de recuperación y evitar la discapacidad funcional y mayores gastos de bolsillo al sistema familiar del adulto mayor con depresión.

Correspondencia:

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

Referencias

- 1 Ley N° 28803. Ley de las Personas Adultas Mayores. Artículo 2°.- Definición. "Entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tengan 60 años o más años de edad". Disponible en: <http://www.cesen.ipifap.org/pdf/ley.pdf>. Acceso: 01 de febrero de 2014.
- 2 Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, Weyerer S, König HH, Riedel-Heller SG. Age and gender-specific prevalence of depression in latest-life systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2012 Feb; 136(3):212-224. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710007305>. Acceso: 12 de agosto de 2015.
- 3 Silva M, Galvao T, Martins S, Pereira M. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: A systematic review and meta-análisis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014 Sept;36(3): 262-270. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462014000300262&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1294>. Acceso: 14 de agosto de 2015.
- 4 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental*

Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao

- 2008; XXIV (1-2): 1-247. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-LR/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
- 5 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural, 2008. Informe General. Anales de Salud Mental 2009; XXV (1-2): 1-318. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2008-ASM-EESM-SR/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
 - 6 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana, 2003. Informe General. Anales de Salud Mental 2003; XIX (1-2):1-216. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2003-ASM-EESM-SP/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 29 de diciembre del 2013.
 - 7 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana, 2004. Informe General. Anales de Salud Mental 2005; XXI (1-2):1-212. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2004-ASM-EESM-SP/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013
 - 8 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Costa Peruana 2006. Informe general. Anales de Salud Mental 2007; XXIII (1-2):1-226. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2006-ASM-EESM-CP/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
 - 9 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe general. Anales de Salud Mental 2013; XXIX Supl 1.S:1-392.
 - 10 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Abancay 2010. Informe general. Anales de Salud Mental 2011. XXVII (1-2):1-302. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM-EESM-A/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
 - 11 Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Degado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe general. Anales de Salud Mental 2006; XXII (1-2):1-227. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2005-ASM-EESM-F/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
 - 12 Sengupta P, Anoop B. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian J Public Health*. 2015 Jan-Mar;59(1):3-8. doi: 10.4103/0019-557X.152845. Acceso: 01 de setiembre del 2015.
 - 13 Volkert J, Schulz H, Härter M, Wlodarczy KO, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries-ameta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2013Jan;12(1):339-53. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163712001407>. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
 - 14 Da Silva SA, Scazufca M, Menezes PR. Population impact of depression on functional disability in elderly: Results from São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013 March; 163(2):153-158. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00406-012-0345-4#page-1> Acceso: 21 de noviembre del 2014.
 - 15 Castro E, Lima MF, Carvalhais S, Firmo J, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Jun; 30 (2) Epub Apr 28, 2008. En: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008005000007>. Acceso: 21 de noviembre del 2014.
 - 16 Andrade L, Caraveo-Andagua J, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology surveys (ICPE). *Abstract. International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003 Febr; 12(1): 3-21.
 - 17 Munhoz TN, Santos I, Matijasevich A. Major depression episode among Brazilian adults: A cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 150:401-407.
 - 18 Dos Santos Souza A, Lago da Silva E, Campos Meira E, Martins da Silva D, dos Reis Alves M, Costa Pereira L. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Rev enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, 2013 jul/set; 21(3):355-60. Disponible en: <http://www.facen.uerj.br/v21n3/v21n3a13.pdf>. Acceso:13 de agosto de 2015.

- ¹⁹ Sati P Sinha, Saurabh R Srhivastana, Jedadesh amasamy. Depression in and older adult rural population in India. *MEDICC Review*. 2013 Oct; 15(4):41-44.
- ²⁰ Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. bras. epidemiol.* 2015 Jan-Mar; 18 (1). Epub Mar 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>. Acceso: 13 de abril de 2015.
- ²¹ Da Cunha R, Nader G, Del Duca G. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol.* 2012 Jun;15(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>.
- ²² Osborne D, Fletcher A, Smith L, Stirling S, Bulpitt Ch, Breeze E et al. Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: Results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18:623-630. Disponible en <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4e5c03db-3b21-4068-979f-9fddc8ac6685%40sessionmgr110&vid=26&hid=113>. Acceso: 08 de agosto de 2013.
- ²³ Pando M, Aranda N, Alfaro N, Mendoza P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2001;36(3):140-144.
- ²⁴ Pompili M, Innamorati M, Masotti V, Personè F, Lester D, Di Vittorio C et al. Suicide in the elderly. A psychopathological autopsy study in a North Italy Area. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2008 Sept; 16(9):727-735.
- ²⁵ Montorio I, Nuevo R, Losada A, Márquez M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina,* 2001;12(1). Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/f8/8.2.6-5231/ansiedad.pdf>. Acceso: 27 de enero del 2015.
- ²⁶ Wuthrich V, Rapee R. Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy.* 2013 Dec; 51(12):779-786. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796713001563>. Acceso: 27 de enero del 2015.
- ²⁷ Kim SA, Kim E, Morris RG, Park WS. Exploring the Non-Linear Relationship between Alcohol Consumption and Depression in an Elderly Population in Gangneung: The Gangneung Health Study. *Yonsei Med J.* March 2015; 56(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329353/pdf/ymj-56-418.pdf>. Acceso: 17 de abril de 2015.
- ²⁸ Coulson C, Williams L, Berck M, Lubman D, Quirk S, Pasco J. Association between alcohol consumption and self-reported depression among elderly Australian men. *Geriatric Mental Health Care.* 2014;3-8. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S2212969314000020/1-s2.0-S2212969314000020-main.pdf?_tid=6721384e-e525-11e4-90e2-00000aabb0f01&acdnat=1429291133_c1f99f22ec2f2cb2f3b081123abee435. Acceso: 17 de abril de 2015.
- ²⁹ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)- Perú. Población adulta mayor. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf. Acceso: 28 de diciembre del 2013.
- ³⁰ Robles Y. Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental (versión online).* Disponible en: <http://www.docenciaensaludmentalinsm.com/ojs-2.3.7/index.php/IFI/article/view/77>. Acceso: 18 de diciembre del 2013.
- ³¹ 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.
- ³² Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud Mental en una población urbano-marginal de Lima. *Monografías de Investigación N° 2.* 1995. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de Lima Peru.
- ³³ 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.
- ³⁴ Lecrubrier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorin P, Bonora LI, Lépine JP et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. 2001.
- ³⁵ Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999.
- ³⁶ 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".

Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao

- ³⁷ Kazdin A, Kraemer HCh, Kupper DJ, Oxford DR. Contributions of risk factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 1997;17(4):375-406.
- ³⁸ Mellqvist M, Östling S, Braam A, Bäckman k, Copeland J, Fichter M et al. Functional disability and death wishes in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;49(9):1475-1482. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143593/>. Acceso: 20 de agosto de 2015.
- ³⁹ Ribot V, Alfonso M, RamosM, González A. Suicidio en el adulto mayor. *Rev haban cienc méd*. 2012; 11(Supl 5).
- ⁴⁰ Wen Jie Sun, Lin Su, Wai Man Chan, Tai Him Lan, C Mary Schooling. Depressive symptoms in 56000 older Chinese: a Hong Kong cohort Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Apr; 47(4):505-514. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3304054/>. Acceso: 12 de Agosto de 2015.
- ⁴¹ Minayo M, Cavalcante F, Mangas R, Alves de Souza J. Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Oct [cited 2015 Aug 19]; 17(10): 2773-2781. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000025>. Acceso: 19 de Agosto del 2015.
- ⁴² Bando D, Brunoni A, Fernandes T, Benseñor I, Lotufo P. Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a joinpoint regression analysis. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2012 Oct;34(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.02.001>. Acceso: 19 de Agosto de 2015.
- ⁴³ World Health Organization. *International Clasification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva: OMS; 992.