

MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

“Trastorno distímico en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukukú, Región Autónoma Costa Caribe Norte, III trimestre del 2020”

Autores:

Br. Oscar Manuel Mejía González.

Br. Henry Santiago Miranda González.

Tutores:

Dr. Humberto Douglas Salas.

Médico Internista del HPCFA

Docente HPCFA – Tutor Científico

Dra. Silvia Mayela Bove Urbina.

Pediatra - Epidemióloga

Docente -UNAN Managua

Tutor Metodológico

Mulukukú, RACCN, 2021

Dedicatoria

A

Dios todo poderoso por ser el creador de mi familia

Familia por su apoyo incondicional en todo momento de mi carrera

A mis maestros por su enseñanza durante estos años.

Oscar Manuel Mejía González.

Henry Santiago Miranda González.

Agradecimiento

A mis Tutores por su abnegado apoyo académico.

A nuestro buen gobierno de reconciliación y unidad nacional Frente Sandinista de Liberación Nacional, a la revolución sandinista, que debido a esto logramos gozar de educación de calidad gratuita.

A mi madre, María Cristina González, quien gracias a su esfuerzo y dedicación me apoyó incondicionalmente durante el curso de mi carrera.

A mi padre, Domingo Miranda Ortega, que en paz descansa, por ser el principal autor de inspiración para desarrollarme como persona, médico y humano.

A toda mi familia por estar siempre apoyando e inspirándome a ser mejor persona.

Al personal de registro clínico y estadístico del hospital Primario Carlos Fonseca Amador

A mi amiga Karla Sandino, quien fue la inspiración para la realización de esta investigación

Henry Santiago Miranda González.

Agradecimiento

A mis Tutores por su abnegado apoyo académico.

A nuestro buen gobierno de reconciliación y unidad nacional Frente Sandinista de Liberación Nacional, a la revolución sandinista, que debido a esto logramos gozar de educación de calidad gratuita.

A mis padres, Manuel de Jesús Mejía García y Guadalupe del Socorro González, quienes gracias a su esfuerzo y dedicación me apoyó incondicionalmente durante el curso de mi carrera, siendo la principal fuente de inspiración.

A toda mi familia por estar siempre apoyando e inspirándome a ser mejor persona.

Al personal de registro clínico y estadístico del hospital Primario Carlos Fonseca Amador

Oscar Manuel Mejía González

Opinión del Tutor

La importancia de este estudio se basa en que la atención de la salud debe de ser de aspecto integral; abarcando también la salud mental; en las personas de la tercera edad, la depresión toma mayor incidencia, ya que debido a los múltiples factores que acompañan esta etapa de la vida, los predispone a ser un grupo vulnerable a esta enfermedad; y por ende esto se traduce en expresiones somáticas de enfermedad.

El estudio realizado por los bachilleres Óscar Manuel Mejía González y Henry Santiago Miranda González, determinan claramente la trascendencia para toda la población adulto mayor, de una detección temprana para prevención del deterioro cognitivo, funcional y complicaciones de enfermedades coexistentes; además de brindar un aporte científico al mundo académico y de los servicios de salud y por consiguiente al desarrollo de la salud pública del país.

Dra. Dra. Silvia Mayela Bove Urbina.
Pediatra - Epidemióloga
Docente -UNAN Managua

Resumen

Con el **Objetivo** de determinar la prevalencia del trastorno distímico en pacientes adultos mayores, factores de riesgos asociados, así como los niveles de depresión, se realizó un estudio en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, durante el periodo del III trimestre del 2020.

Diseño metodológico: se efectuó un estudio observación, descriptivo prospectivo, de secuencia es transversal, área geográfica de estudio Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, del municipio de Mulukuku, de Región Autónoma Central Norte. Con una población objetivo de estudio, de 2,800 adultos mayores que demanda atención de salud, durante el periodo de estudio, muestra de 333 adulto que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, el instrumento utilizado fue la escala de depresión geriátrica de Yesavage, de 30 ítems, con interpretación de la escala, cada ítem se valora con un 0 o con un 1, siendo el caso de la respuesta que coincide con el estado depresivo el que recibe un punto y así, a mayor puntuación, mayor estado depresivo.

Resultados: En relación a la aplicación de la escala de depresión del adulto mayor de Yesavage, 54% están normales y 29.7% están en depresión leve y 16.2% depresión establecida, en cuanto a factores de riesgo y nivel de depresión, se observó que predominó el sexo femenino, algún grado de escolaridad, casados, tener ocupación, sin dependencia económica, apoyo familiar, quedar solo en casa y padecen de una enfermedad crónica.

Conclusiones: existen asociación positiva de validez de escala depresión de Yesavage, en el adulto mayor en los diferentes factores de riesgo; no tener ocupación actual, no tener dependencia económica de alguien, no tener apoyo familiar, padecer de una enfermedad crónica, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula

Palabras Claves: Trastorno distímico, Adulto mayores, Factores de riesgo, Escala depresión de Yesavage

INDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Opinión del tutor	iv
Resumen	v
Capítulo I. Generalidades	
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación	10
1.4. Planteamiento del Problema	11
1.5. Objetivo de Investigación	12
1.6. Marco Referencial	13
Capítulo II. Diseño Metodológico	
2.1. Tipo de Estudio	32
2.2. Caracterización del área de estudio	32
2.3. Universo y Muestra	32
2.5. Criterios de Inclusión - Exclusión	33
2.6. Técnicas y Procedimientos	33
2.7. Plan de Tabulación	34
2.8. Plan de Análisis	35
2.9. Enunciados de Variables	36
2.10. Operacionalización de variables	37
2.11. Aspectos éticos	40
Capítulo III. Desarrollo	
3.1. Resultados	41
3.2. Discusión	42
3.3. Conclusiones	47
3.4. Recomendaciones	48

Capítulo IV. Bibliografía

4.1. Básica 49

4.2. Consulta 52

Capítulo V. Anexos

5.1. Instrumento 53

5.2. Tablas 56

Capítulo I: Generalidades

1.1 Introducción

La depresión es el trastorno que ha sido ampliamente estudiado por distintos autores, la mayoría de ellos afirman que su importancia se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo.

Salin 1997, p. 28, enuncia que en la depresión existe una sensibilidad excesiva para percibir eventos negativos o displacenteros, mientras que los placeres de la vida pasan por desapercibidos.

La distimia es un tipo de depresión menos grave pero más crónica, los síntomas asociados al trastorno distímico, tienen que ver con el estado de ánimo, la autoestima, socialización, lenguaje, ingesta alimentaria, actividades placenteras y vigilia. (Hales, Yudofsky, & Talbott, 2000)

Asimismo, García, Guridi, Medina y Dorta en el 2007, manifiestan que la depresión es un estado de ánimo caracterizado por sentimientos tales como: indiferencia, soledad y pesimismo; afecta todo el cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos; igualmente, la forma en que el paciente come y duerme, lo que piensa de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento en general.

La proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%. La falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la Atención Primaria, y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de la barrera para el acceso a una atención adecuada, además de la necesidad de mejorar la capacidad de identificación y tratamiento temprano de la depresión.

Riquelme y Hernández en la publicación del año 2004, pp. 356-371, sobre la estructura diferencial de la depresión en ancianos, se muestra la complejidad de la sintomatología depresiva asociada al contexto cultural y a la edad de las personas, con lo cual no sólo se han puesto de manifiesto variables esencialmente influyentes en la depresión, sino que de esta forma se ha logrado ampliar la perspectiva para la valoración y comprensión integral del ser humano y su complejidad anímica.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Juárez, León y Linares (2010, p. 12) realizó un estudio acerca de “Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del Asentamiento Humano “Viña alta” el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores, la población estuvo conformada por 112 adultos mayores, en los resultados se obtuvo el 9,8% para la población adulta mayor de Lima metropolitana, que no tuvo asociación significativa con ninguna de las variables en estudio. En conclusión, la población estudiada mostró una alta prevalencia de depresión en algún grado.

En Colombia son muy pocas las investigaciones que se han hecho al respecto a la salud mental de los ancianos, donde se tenga como objetivo el estudio de la depresión en este tipo de población; más, sin embargo, en la ciudad de Medellín, Estrada A. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordoñez Molina J, Osorio Gómez J, Chavarriaga Maya L (2010. P 23) realizaron un estudio donde se utilizó la escala de depresión Geriátrica Yesavage; se halló que 54,3% de los adultos mayores institucionalizados encuestados no registraron ningún grado de síntomas de depresión; un 37% con síntomas depresivos moderados y el 8,7% de forma severa.

Sarro A. Ferrer A, et al., (2010, p. 231) en su estudio realizado en España en siete centros de atención primaria que, de 220 personas evaluadas, 129 (58,6%) eran mujeres. El diagnóstico de depresión según la GDS es positivo en 76 (34,5%) pacientes, mientras que en la historia clínica (HC) está presente en 46 (20,9%) pacientes. El estudio explica que la depresión se asocia con deterioro de actividades básicas e instrumentales, deterioro cognitivo, agotamiento, prescripción de psicótopos y menor actividad física.

Aldana Olarte R, et al; (2010, p. 28), la prevalencia de cualquier tipo de episodio depresivo en la India fue de 12,7%. La prevalencia global de depresión en Estados Unidos fue de 11,1%. En México la prevalencia fue de 21,7 %.

Francia y Yemira (2011, p. 20) realizó un estudio acerca de “Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín”. En una población constituida por 44 Adultos mayores. Donde se obtuvo que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el

factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales. La mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa.

El curso de vida del adulto mayor puede ser la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano; debido a los cambios neurobiológicos que con frecuencia acompañan al envejecimiento cerebral, sumándose numerosas e importantes pérdidas que van a afectar esta etapa de la vida, no sólo emocionalmente sino también a su condición física y social, afirma Aguera Ortiz L, et al; (2011, p, 258-304)

González y Robles (2011) realizó un estudio acerca de Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, el objetivo fue determinar el riesgo de depresión del adulto mayor en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, la población total está constituida por 353 adultos mayores, en los resultados se obtuvo del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada, el 54,2 % son mujeres y el 45,8 %, hombres. En conclusión, presentan un riesgo moderado de depresión, según cifras porcentuales, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad.

Pando M, Aranda Beltrán C, et al., (2011, p. 140-144) encontraron en un estudio realizado en Guadalajara, México, una prevalencia de depresión de 36,2% en adultos mayores, de los cuales el 43,2% eran mujeres y 27,1% hombres. Los mayores factores de riesgo fueron: la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años. Cabe resaltar que la falta de empleo y la viudez representan pérdidas, siendo los principales elementos en la etiología de la depresión.

Mientras que Hernández Z. et al. (2012, pp. 231-235) En la ciudad de Guadalajara México, hicieron comparación en cuanto a adultos mayores (hospitalizados y no hospitalizados) arrojando una alta tasa de depresión, (57,5% para los primeros y 29,5% para los segundos).

Borda (2012) realizó un estudio de investigación “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia), el objetivo fue Establecer la prevalencia y

factores de riesgo para depresión en adultos, la población estuvo constituida por 66 adultos Mayores, en los resultados se obtuvo los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos.

Galván P. Fernández E, Fonseca J, (2012, p. 25) en España demostraron que la Prevalencia de depresión encontrada en los adultos mayores fue de 13,8%. El 99% presenta algún síntoma residual. Los pacientes que viven en pareja y los varones (realizan más actividades de ocio) presentan menor número de síntomas residuales. El 22% presentaba 4 síntomas (de los 10 preguntados). El síntoma más frecuente fue tristeza (68%) seguida de dolor (55%) y pérdida de energía (55%).

Tapia M, Morales Hernández J, Cruz Ortega R, De la Rosa Morales V. (2013, pp. 87-90) hallaron que los niveles de depresión en adultos mayores con discapacidad física, que tienen un nivel mayor de dependencia de un cuidador, es de 32,5% para una depresión leve, 44,5% para una depresión media y 2,5% para una depresión severa.

En Bucaramanga Durán T, Aguilar M. et al. (2013, p. 59) realizaron su estudio con una muestra de 252 adultos mayores de ambos sexos quienes al momento de la entrevista no tenían diagnóstico de depresión, pero que luego de aplicarles el test de Yesavage, concluyeron que el 40,1% no presentó depresión, el 34,9% depresión leve y el 25% depresión establecida; Resultó predominante la depresión entre leve en el grupo de 71 a 80 años 41,4% y establecida en el grupo 81 a 90 años 38,9%.

A nivel de la región costera en la ciudad de Barranquilla Borda M. Anaya Torres M, Pertuz Rebolledo M, Romero De León L, Suarez García A, Suarez García (2013; p. 29) han visto una prevalencia de depresión de 36,4 %, donde predominó la leve (24,2 %). El estudio explica que fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos. Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero.

Silva (2014) en su investigación denominada “depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente Ambato de julio a noviembre 2012”, tuvo como objetivo general conocer los niveles de depresión en los Adultos Mayores, y su impacto en el Estado nutricional. Se

encuestado a 148 Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de Medicina interna del Hospital Regional Docente Ambato. La metodología incluyó la Mini Nutritional Assessment (MNA), que evalúan parámetros antropométricos, estilos de vida, evaluación dietética, autopercepción del estado de salud y nutrición, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para el nivel de depresión, y el test de IDERE estableciendo la Depresión como Estado y Rasgo. Cuyos resultados mostraron que los niveles de depresión tienen relación directamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor. De los Adultos Mayores intervenidos en la investigación el 85,5% tuvieron Riego de Desnutrición y Desnutrición asociada a Depresión, de los cuales el 80% presentan un nivel de depresión de leve a moderada, concurriendo una prevalencia de Depresión como Estado sobre la Depresión como Rasgo, permitiendo comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos. Recomendándose realizar un Manual o Guía de Alimentación para la población de Adultos Mayores, con el fin de proporcionar una longevidad adecuada.

Vega, Moreno y Carrillo (2015), del estado de Guanajuato afirman que, en su mayoría, este grupo de población vive en una situación de alta vulnerabilidad social. Montes de Oca y Hebrero (2018) afirma que Guanajuato los contrastes entre la vida urbana y rural de las personas AM son muy grandes y significativos. De acuerdo con la Encuesta Estatal para Personas Adultas Mayores de Guanajuato (EEPAM-Gto), los guanajuatenses con 50 años y más reportaron una salud mental que concentra sus valores en el centro y superiores lo que indica que la gran mayoría tiene sensaciones de paz, felicidad y calma. Sin embargo, sobre la salud, hay muchos aspectos que escapan a su profundización desde una perspectiva integral que no sólo de cuenta de la morbilidad sino también de la salud mental y emocional.

Rivera, Benito y Pazzi (2015) reportan que la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores en Ciudad Victoria resulta excesivamente alta para la población de 60 años o más; en relación con esto, Flores, Ramírez y Trejo (2016) hallaron en un estudio realizado en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, que la prevalencia de la depresión en un grupo de AM fue mayor en las mujeres con relación al grupo etario de 60-69 seguido de los AM de 90 años.

Ruiz (2016, p. 25) en su investigación factores sociodemográficos asociados al Nivel de Depresión del Adulto Mayor, en el Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, 2016. La población: 60 adultos mayores del Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, Es salud.

Muestra: no se utilizó. Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y ficha de datos personales. Resultados: El 50% de adultos mayores presenta algún nivel de depresión (moderada: 41.7% y severa: 8.3%). En relación a los factores sociales y la depresión; según la vivencia, se encontró que 25% de las personas que viven con su pareja y 13% de aquellos que viven con sus hijos presentan depresión moderada; según la actividad personal; los jubilados presentan 18.3% depresión moderada, y 3% depresión severa, las personas que realizan labores del hogar el 11.7% presentan depresión moderada.

En relación a los factores demográficos y el nivel de depresión, se encontró que según la edad: las personas entre 60 a 74 años presentan 28.3% depresión moderada y 5% depresión severa. Según el sexo; los varones presentan el 6.7% depresión severa, mientras la mujer presenta 23.3% depresión moderada. Según el estado civil; las personas casadas son los que más presentan depresión moderada 28.3% y depresión severa 5%. Los viudos representan el 10% depresión moderada. Sin embargo, no se obtuvo asociación entre los factores sociodemográficos y la depresión obteniendo un $p > 0.05$. Se recomienda capacitar al profesional de enfermería en reconocer, programar y realizar los cuidados necesarios dirigidos a prevenir la depresión en el anciano, así mismo la participación de la familia y de las instituciones públicas y privadas en este digno proceder. De igual manera continuar con la investigación enfocada al adulto mayor.

En Cartagena Campos, A. desarrolló un estudio, para determinar la consistencia interna, la estructura factorial y la confiabilidad del constructo de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en adultos mayores asistentes a centros comunitarios de Cartagena (Colombia), teniendo como resultado una consistencia interna y confiabilidad del constructo, aceptable.

Cogollo, Z. en un estudio de síntomas depresivos con importancia clínica en adultos mayores de asilos públicos de la ciudad de Cartagena, encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos 53,8%, en este mismo estudio informo que estos síntomas se asociaron a ser de sexo femenino O.R. (2.66, IC 1.04-6.79). Con el aumento de los adultos mayores en el mundo se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, entre las que se incluye la depresión. Es probable que esta última constituya la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. El ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia suele subestimarse.

El adulto mayor debe adaptarse progresivamente al cambio y/o pérdida del rol laboral con la llegada de la jubilación, muchas veces acompañada de pérdidas económicas. Se impone, al tiempo, un cambio en el rol familiar pasando de padres y cabezas de familia, al papel de abuelos, generalmente con menor participación autónoma en la dinámica familiar. Estas pérdidas incluyen, por supuesto, duelos frecuentes por amigos, seres queridos, en ocasiones muy dolorosos como la independencia de los hijos o la viudez y soledad. Todo ello obliga a una reestructuración adaptativa que, dependiendo de las características de personalidad previa de cada individuo y en el contexto donde vivan, tendrá más o menos riesgo de fracasar.

Crespo (2018. P. 18) realizó el estudio “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar -Ecuador” el objetivo fue determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, la población estuvo conformada por 84 adultos mayores, se obtuvieron como resultado el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. En conclusión, el Asilo, que más casos de depresión presenta, es el asilo rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 –89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

Castillo (2018) en su investigación denominada “Depresión y su relación con la atención en adultos mayores atendidos en el IESS”, tuvo como objetivo general determinar la relación entre depresión y atención en los adultos mayores atendidos en el IESS de la ciudad de Ambato, dicho estudio contó con la participación de 90 personas, 81 mujeres y 9 hombres, con edades comprendidas entre los 60 a 87 años. Los reactivos aplicados en estas personas fueron la escala de depresión de Yesavage y la subescala de atención del NEUROPSI. Posterior a la aplicación de las pruebas psicológicas, se aplicó la prueba estadística chi cuadrado con el programa el programa SPSS, determinando que no existe relación entre la depresión y la atención en los adultos mayores atendidos en el IESS. Los resultados obtenidos permitieron establecer que el 76.7% de la población no presenta depresión, el 21,1% mostró depresión leve, mientras que el 2,2% de la población refiere depresión moderada. Mientras que en atención se observa que el 31,1% tiene un nivel normal de

atención, seguido del 24,4% con un nivel moderado, el nivel de afectación severo se presenta en el 23,3%, y el 21,1% presenta un nivel de afectación leve.

Vaelentin (2018) en su estudio indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del Programa Vaso de Leche de Sapallanga, (2017), tuvo como objetivo general determinar los indicadores de depresión que presentan dichas mujeres. La población accesible fue de 90 mujeres que asisten al Programa Vaso de Leche y tienen índices de violencia familiar en cualquiera de sus tres facetas y que, además, conviven con su pareja, esta población se obtuvo mediante el método no probabilístico por conveniencia. Se concluye señalando diciendo, que se el 74,5% de mujeres evaluadas tienen sintomatología depresiva, además este es más recurrente en mujeres adultas y convivientes, que sufren en su mayoría tanto de violencia física como psicológica, y también existe mayor prevalencia del nivel somático de la depresión.

Quinto (2018) en su investigación denominada Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor Hospitalizada el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, tuvo como objetivo general Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017. Materiales y método: Estudio descriptivo y transversal. El instrumento fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el análisis estadístico fue a través del software estadístico SPSS. Resultados: Se obtuvo una muestra de 43 pacientes, el 28 % de los pacientes encuestados tuvo un nivel de depresión leve y 28% tuvo un nivel de depresión severo. El 19% de los pacientes con edades de 60 a 69 presento depresión leve y el 25% depresión severa. El 33 % de los pacientes con edades de 70 a 79 presentó depresión leve y el 29% depresión severa.

El 33.3% de los pacientes mayores de 80 presentó depresión leve y el 33.3% presentó depresión severa. El 33% y el 27% de los pacientes con grado de instrucción primaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 29% y el 33% de los pacientes con grado de instrucción secundaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 16.7% y el 16.7% con grado de instrucción superior presentan depresión leve y severa respectivamente. El 45.83% de los pacientes con depresión tiene diabetes mellitus II, el 29,17% tiene hipertensión arterial, el 20,83% tiene insuficiencia cardiaca, el 12.5% tiene alguna enfermedad infecciosa, el 12.5% tiene enfermedad renal crónica, el 8.33% tiene alguna neoplasia y el 29,17% tiene diferentes patologías a las mencionadas.

Factores psicosociales asociados con la presencia de depresión (Franco, Fernández y Astudillo, 2018). Cordero, García, Flores, Báez, Torres y Zenteno (2014) encontraron en una investigación realizada en una comunidad rural del estado de Puebla, México, que existe correlación positiva tanto en la edad como en el sexo de adultos mayores con la sintomatología depresiva.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

No se encontró antecedentes del estudio a nivel nacional.

1.3. Justificación

Originalidad: Basado en la una búsqueda exhaustiva de estudios similares, nacionales e internacionales existen diferentes investigaciones de esta índole, pero no se encontró en Nicaragua, ni en el departamento de RACCN, Mulukuku, carece de un estudio similar, lo que motivo a profundizar en esta temática y realizar la presente investigación.

En este sentido hay cinco aspectos que se destacan en esta investigación:

Conveniencia institucional: porque su enfoque está dirigido a aprender que la depresión es considerada como un problema de salud, en personas de la tercera edad un grupo muy vulnerable, debido a las distintas pérdidas que acompañan esta etapa de la vida, pluripatología, polifarmacia y frecuentes secuelas incapacitantes de enfermedades crónicas.

Relevancia Social: ya que la investigación tiene trascendencia para toda la población adulto mayor siendo la depresión una enfermedad reversible y detectada tempranamente puede prevenir el desarrollo de deterioro cognitivo, funcional y complicaciones de enfermedades coexistentes; mejorando la calidad de vida del adulto.

Valor Teórico: su aporte científico al mundo académico y de los servicios de salud y por consiguiente al desarrollo de la salud pública del país, así como socialmente se ha concebido a la adultez mayor como una “etapa” de la vida independiente, cargada de sufrimiento, inactividad, soledad y pérdidas, siendo esto causa de vulnerabilidad a los trastornos afectivos, enunciándolos como factores que contribuyen a la aparición de síntomas depresivos, dando una mayor importancia a las vivencias relacionadas con pérdidas físicas y psicosociales.

Relevancia Metodológica: este estudio sienta las bases holísticas y sistémicas, sirve de base para el desarrollo de estudios de mayor complejidad en esta temática.

Importancia e implicaciones prácticas económico, social y productiva: Dado que esta investigación permitirá ampliar y profundizar los conocimientos sobre la evolución del diagnóstico oportuno en la atención primaria, así como mejora de la calidad de vida de los pacientes.

1.4. Planteamiento del Problema

A pesar que la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad.

Las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en esta edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada por su alta prevalencia, alto costo social y económico.

Siendo la depresión en el adulto mayor, una patología altamente prevalente y potencialmente prevenible y tratable, es de suma importancia el estudio de su presencia en este sector poblacional, así como estudiar los factores que en la sociedad son mayormente precipitantes de la misma, para así poder evitar que una patología prevenible, pueda desencadenar graves e irremediables consecuencias en problemas de salud que ya existen, limitando aún más el deterioro cognitivo o funcional presente o bien iniciando un proceso de limitación física y emocional que conlleve a la aparición de nuevas enfermedades. Por eso pretendemos dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuál es Prevalencia del trastorno distímico en pacientes adultos mayores que acuden al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukuku, RACCN en el III trimestre del 2020?

1.5. Objetivos

Objetivo General:

Determinar la prevalencia del trastorno distímico en adultos mayores que acuden al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukuku, RACCN, III trimestre 2020.

Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas de los adultos mayores participantes del estudio.
2. Identificar los factores asociados con la depresión en los adultos mayores en estudio
3. Identificar los niveles de la depresión en el adulto mayor.

1.6. Marco Teórico

1.6.1. Historia

La distimia es un trastorno afectivo crónico que se asocia con estrategias inadecuadas de adaptación a situaciones estresantes, sensibilidad al estrés, baja productividad en el trabajo, incremento del riesgo de admisión hospitalaria, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y la presencia de otras enfermedades, por lo que representa un considerable costo social y económico que la convierte en un problema de salud que necesita ser identificado con mayor eficacia.

No obstante, la evidencia que parece distinguir la distimia como un trastorno de características únicas, desde los antiguos griegos se ha venido debatiendo si es que en realidad se trata de una entidad diferente a otros trastornos y si es así como debe clasificarse. El problema de las clasificaciones diagnósticas (cualquiera de ellas) es el solapamiento e inespecificidad de algunos síntomas, ya que en el caso de la distimia podría en ocasiones solapar un trastorno depresivo leve o bien la llamada depresión doble. Se discute si debe clasificarse como trastorno afectivo o de la personalidad, incluso surge la interrogante si es que debe considerarse como un trastorno propiamente.

El término “distimia” se originó en la antigua Grecia y significa “mal humor”. En la escuela hipocrática era considerada parte del concepto más amplio de melancolía, que derivaba de la intoxicación de “bilis negra”; uno de los cuatro “humores primarios” descritos por Hipócrates. Posteriormente, Galeno (128-201d.C.) describió a la melancolía como una condición crónica y recurrente, que podría ser una enfermedad del cerebro o secundaria a otras enfermedades.

En el periodo desde la Grecia Antigua a la Edad Media la enfermedad mental fue tratada por clérigos y se atribuía a la magia, al pecado y a la posesión demoníaca, mientras que, en este mismo periodo, el mundo árabe realizaba importantes lecturas acerca del concepto de melancolía de Hipócrates y Galeno. Durante el Renacimiento, Robert Burton publicó “The Anatomy of Melancholy”, trabajo en el que reconocía como causas de la melancolía la edad avanzada, el temperamento y factores hereditarios.

El concepto de “distimia” se introdujo nuevamente en Alemania en los inicios del siglo XIX para describir las depresiones que tienen un curso crónico.

En 1863, Karl Ludwig Kahlbaum usó el término “distimia” para formas de melancolía que presentaban solo una fase y de manera atenuada, ya que en esa época todos los trastornos del humor se incluían dentro de la llamada psicosis maniaco-depresiva, denominación esta que sigue siendo usada hasta hace pocos años.

El término “depresión” comenzó a aparecer en los diccionarios médicos en 1860 con una amplia aceptación, mientras que “melancolía” se usaba cada vez menos. Es hasta 1908, cuando Adolf Meyer introdujo el término en EUA.

Emil Kraepelin (1924), describe la relación entre el temperamento depresivo y el trastorno maniaco-depresivo, sugiriendo que el primero era sólo una forma atenuada, pero que pertenecía a la misma constelación patológica. Aunque Kraepelin no usó el término “distimia”, consideró una disposición depresiva de toda la vida como una de las bases constitutivas de los episodios afectivos. Esta condición comúnmente iniciaba a edad temprana y durante la adolescencia se incrementaba la sensibilidad a las “tristezas de la vida”.

Kurt Schneider (1923), describió las psicopatías distímico depresiva en relación con una combinación de factores hereditarios y neonatales, así como a variables ambientales tempranas, sin considerarla un trastorno afectivo específicamente.

Schneider describió un tipo depresivo cuya existencia implicaba sólo “sufrimiento”. Describía a estos individuos como tristes, incapaces de tener diversión, melancólicos, propensos a la culpa, con falta de confianza, baja autoestima, pesimistas, lentos, no asertivos, tímidos y sensibles, por lo que consideraba a la psicopatía depresiva dentro de los trastornos de personalidad.

Sin embargo, fue hasta la década de los años cincuenta, que con el advenimiento de los fármacos antidepresivos se efectuaron los primeros estudios sistemáticos de la depresión.

Bajo la influencia de Schneider, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales II (DSM-II) y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su novena versión (CIE-9) plantean la idea de que la depresión crónica es equivalente a la neurosis de carácter, desconectándola de los trastornos afectivos y vinculándola a los trastornos de personalidad.

Así, durante las décadas de los sesenta y setenta, el DSM-II incluyó el diagnóstico de “Depresión Neurótica” y el CIE-9 “Neurosis Depresiva”, destacando que en ambos manuales se consideraban éstos como episodios no crónicos.

Akiskal, et al. (1978), postularon que el diagnóstico de depresión neurótica no poseía suficientes propiedades fenomenológicas como para constituir una entidad nosológica distinta. Estos hallazgos representaron un apoyo significativo para el establecimiento de las bases empíricas de la distimia en el sentido que actualmente se conoce.

Posterior a los hallazgos mencionados, el DSM-III cambió la referencia de depresión crónica a “Trastorno Distímico” sustituyendo a la “Depresión Neurótica” del DSM-II y se incluyó en el capítulo de trastornos afectivos. Posteriormente, en el DSM-III-R se incorporó la clasificación de distimia de inicio temprano y de inicio tardío. Luego, en el apéndice B del DSM-IV apareció nuevamente el trastorno de personalidad depresiva.

En el CIE-10 aún no se establece un concepto de distimia que sea esencialmente diferente de la neurosis depresiva o la depresión neurótica, es decir, es un concepto más amplio que el equivalente en el DSM-IV. Sin embargo, los criterios diagnósticos de ambos manuales reflejan el hecho de que el DSM-IV también se dirige hacia la investigación, mientras que el CIE-10 está diseñado solamente para la aplicación clínica. Por otro lado, la composición del CIE-10 es más compleja porque pretende incluir designaciones que sean válidas internacionalmente y no restringidas a un solo un país. No obstante, y a pesar de las diferencias entre los manuales, éstos consideran a la distimia como un trastorno afectivo unipolar crónico, que puede iniciar temprana o tardíamente y cuya sintomatología es menos intensa que la que se observa en un episodio depresivo mayor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como: “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional”.

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas, esto se ha convertido en una pandemia, debido a que cada año, miles de personas, sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen. Incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar pasando o pasará alguna vez por un cuadro depresivo. Así mismo se puede ver evidenciado en estudios a nivel mundial que la depresión es una enfermedad importante y que ésta, se manifiesta en diferentes grados, con diferentes síntomas. No conoce género, más sin embargo se ve más afectado el género femenino que el masculino.

Según cifras de la OMS la proporción de adultos mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años.

La OMS reporta una cifra ponderada de depresión del 10,4%. La prevalencia de los síntomas depresivos en los pacientes adultos varía entre el 8 y 16% en los diferentes estudios. La prevalencia de depresión mayor varía entre el 1 y 4%. La prevalencia de la depresión mayor varía ampliamente en rangos 2,3% a 25% en países como España, Estados Unidos y Australia.

En Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%, aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%. Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento. Además, en estudios longitudinales se ha comprobado que incluso la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicios de urgencias y costos globales elevados como pacientes ambulatorios, sustenta Aguilar Navarro S, Ávila Funes J. (2007, p.43)

Trastorno distímico:

El trastorno distímico o distimia (trastorno depresivo persistente en el DSM5) (APA, 2014), se caracteriza por su sintomatología de larga duración que, pese a que es menos graves que la depresión severa, puede imposibilitar al individuo lleve una vida normal o sentirse bien.

Los individuos con distimia además pueden manifestar de uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Es un trastorno afectivo crónico de gran continuidad en nuestros días, determinado por el baja auto concepto y aparición de un estado de ánimo vago y sosegado, triste y melancólico, del que se considera que es su origen, tanto de tipo genético hereditario como ambiental

La distimia se presenta en el 5-6% de la colectividad general. Se manifiesta más en mujeres en edades menores a 64 años a diferencias a los hombres de cualquier edad. Otros grupos poblacionales en que es habitual en los solteros, jóvenes y personas con bajos ingresos. Por otra parte, puede ser diagnóstico patología Dual de otras enfermedades mentales, así como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de, el abuso de sustancias y el trastorno límite de la personalidad.

Un estudio publicado en 2013 (ONU, 2013), se pudo ver que, a nivel mundial, la prevalencia anual de distimia excedió los 105 millones de usuarios (alrededor de 1.53% de la población mundial) y es notablemente más en mujeres (1.81%) que en los hombres (1.26%). Si se cumple los 3 criterios para la depresión ya sea estas grave o trastorno bipolar, al ser esta más alto como la de la depresión, no puede ser detectada rápidamente, pudiendo el usuario mostrar una mayor vulnerabilidad para cursar con otros trastornos.

Sintomatología.

- Cambios leves del estado de ánimo, disminuyen el rendimiento intelectual, aislamiento social, alteraciones somáticas y de los ritmos biológicos (alimentación y sueño). Estos cambios persisten por un período importante de tiempo.
- El individuo con distimia suele ser cohibido, y con ánimo de triste o deprimida.
- Imposibilitada para disfrutar de las cosas cotidianas de la vida.
- Disminución de la energía.
- Trastornos del sueño: el sueño no acaba de ser reparador. La persona con distimia se despierta varias veces, y suele hallarse cansada por la mañana.
- Problemas de concentración. Se le manifiestan problemas de memoria y de concentración, aún para actividades lúdicas (ver una película, por ejemplo)

El Trastorno depresivo persistente, (Jonas, 2014) también conocido con el nombre de distimia, se caracteriza por ser una forma de depresión continua y a largo plazo o crónica. El sujeto que lo padece pierde el interés en las actividades normales de la vida cotidiana, siente desesperanza, se vuelve improductivo y se ve afectada notablemente, estos sentimientos pueden permanecer por años y se ven afectadas en gran medida tus relaciones y desempeño en la escuela, además del trabajo y en las actividades diarias debido a la naturaleza crónica del trastorno depresivo persistente, sobrellevar la depresión puede resultar difícil, pero una intervención terapéutica adecuada (psicoterapia) y el uso de medicamentos puede ser eficaz para tratar esta afección, debido a que estos sentimientos se han mantenido durante mucho tiempo, es posible que el sujeto piense que siempre formarán parte de su vida, por esto si se presenta algún síntoma de trastorno depresivo persistente, es necesario buscar ayuda médica inmediata.

Diferencias biológicas.

Las personas con trastorno depresivo persistente pueden presentar alteraciones físicas en el cerebro (Harrison, 2014). La importancia de estas alteraciones no es del todo segura, pero es posible que finalmente ayuden a señalar las causas.

Química del cerebro. Los neurotransmisores son sustancias químicas naturales (Smith, 2015) del cerebro que posiblemente desempeñan un papel importante en el mantenimiento en la depresión. Investigaciones recientes indican que los cambios en la función y el efecto de estos neurotransmisores y en la manera en que interactúan con los neurocircuitos encargados de mantener el equilibrio homeostático del estado de ánimo pueden desempeñar un papel fundamental en la depresión y su tratamiento

Rasgos heredados: El trastorno depresivo persistente (Kenneth, 2015) estudios realizados parece afectar con mayor frecuencia a personas cuyos familiares de primer grado también padecen de este trastorno, investigadores del ADN humano están intentando encontrar genes que puedan causar la depresión.

Factores de riesgo:

Por lo general, el trastorno depresivo persistente tiene un inicio temprano (en la niñez, la adolescencia o los primeros años de la adultez) y es crónico. Ciertos factores producen el riesgo de desarrollar o desencadenar el trastorno depresivo persistente, entre los cuales podemos especificar los siguientes: Tener un allegado o familiar de primer grado que haya

padecido un trastorno depresivo mayor u otros trastornos depresivos. Haber atravesado situaciones traumáticas o estresantes, como la muerte de un familiar cercano querido o problemas económicos.

Tener rasgos personológicos que implican negatividad, como es tener baja autoestima y ser en exceso dependiente, autocrítico o pesimista. Tener antecedentes de patología mental, como un trastorno de personalidad

Diagnóstico

En el DSM-IV-TR el trastorno distímico se define como un trastorno afectivo crónico que persiste al menos dos años en adultos y uno en adolescentes y niños. Se caracteriza por la presencia de estado de ánimo depresivo a lo largo de los días, durante la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas:

- a) Pérdida o aumento de apetito.
- b) Insomnio o hipersomnia.
- c) Falta de energía o fatiga.
- d) Baja autoestima.
- e) Pobre concentración.
- f) Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones
- g) Sentimientos de desesperanza.

Según Gallardo-Moreno G, et al. (2013, p.14) la distimia como entidad nosológica puede durar un periodo de dos años (o uno en niños y adolescentes), el paciente debe tener los síntomas durante más de dos meses seguidos y no presentar un episodio depresivo mayor.

Además, la patología no debe explicarse por la presencia de trastorno depresivo mayor crónico, episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, trastorno ciclotímico o por abuso de sustancias.

La distimia consiste en un cambio prolongado y persistente de baja del ánimo que generalmente es menos intenso, pero más crónico que en el trastorno depresivo mayor. Los síntomas se presentan como una variación del funcionamiento previo y producen deterioro de las relaciones familiares y/o sociales, así como del rendimiento en las actividades cotidianas.

Asimismo, los síntomas no deben atribuirse a abuso de sustancias, uso de medicamentos, enfermedades médicas, duelo, o cualquier evento de la vida que pueda causar tristeza. Aunque inicia a cualquier edad, cuando se presenta en niños y adolescentes pueden aparecer otros síntomas como trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, enuresis o encopresis, pero muestran menos síntomas vegetativos que los adultos. Se considera que cuando este trastorno tiene un inicio insidioso en la infancia puede progresar en la adultez. En tal caso, el paciente desarrolla una visión pesimista del mundo y tiene una pobre conciencia del estado de ánimo normal y su funcionamiento, de manera que las consecuencias de un pensamiento negativo continuo y la baja autoestima pueden ser severas. Aunque este trastorno progresa con relativa estabilidad de la función social, estos pacientes invierten su energía en el trabajo y les queda muy poca para destinar a actividades placenteras, la familia y actividades sociales.

Subtipos de Distimia

Se distinguen dos formas del síndrome:

1. Inicio antes de los 21 años de edad, donde el desarrollo de los síntomas puede ser gradual (distimia de inicio temprano).
2. Inicio posterior a los 21 años (inicio tardío), que comúnmente debuta como respuesta a un evento estresante de la vida.

Se han propuesto otras clasificaciones del trastorno distímico argumentando una diferente respuesta farmacológica derivada de distintos mecanismos biológicos y, por lo tanto, con síntomas específicos, historia familiar y edad de inicio para cada uno.

A pesar de las diferencias entre el DSM-IV y el CIE-10 para distinguir entre el inicio temprano y tardío de la distimia, así como las controversias respecto a otras taxonomías, esta clasificación es generalmente aceptada. Diversos estudios muestran diferencias significativas entre pacientes con distimia de inicio temprano y tardío, sin embargo, se cree que puede haber gran heterogeneidad dentro de cada uno de estos grupos.

La distimia de inicio temprano se considera como el prototipo de este trastorno y exhibe una mayor prevalencia.

En 1990, McCullough, et al, compararon ambos tipos de distimia, aunque reportaron similitudes en muchos aspectos, observaron diferencias en la manera de adaptarse a

situaciones adversas. Específicamente, los pacientes con distimia de inicio temprano usaban el estrés como impulso para el crecimiento y trataban de adaptarse a situaciones difíciles centrándose en la emoción más que en la resolución de problemas. Otros estudios examinaron las diferencias epidemiológicas de ambos tipos de trastorno distímico y se encontró que los pacientes con distimia de inicio temprano tenían más probabilidad de ser solteros, del sexo femenino, reportar una mayor duración de la enfermedad, haber pasado por adversidades en la infancia, así como tener antecedentes de depresión mayor y comorbilidades con trastornos del Eje I principalmente, pero también del Eje II.

Epidemiología

Aunque no es frecuente su diagnóstico, la distimia es casi tan común como la depresión mayor y tiene un curso crónico que puede impactar negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

La prevalencia calculada del trastorno depresivo mayor y la distimia a lo largo de toda la vida oscila entre 4.2 y 17% según la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, otros autores coinciden en que es un problema de salud pública donde la prevalencia oscila entre 10 a 25% en mujeres y de 5 a 12% en hombres. En México no se tienen datos recientes, pero en 2005 se reportó una prevalencia de distimia de 3 a 5%, un poco menor que la reportada para el trastorno depresivo mayor, y hasta de 6% en niños y adolescentes.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica estima que 7.3 millones de mexicanos han padecido un episodio depresivo en su vida (entre 7 y 8% de la población), llamando la atención que en dicho reporte se indica un promedio de dos años sin que reciban tratamiento, aunque no se especifican datos sobre distimia. En el caso particular del Occidente del país, de acuerdo con el informe anual de informática médica del Hospital Civil Fray Antonio alcalde de Guadalajara las tres primeras causas de Consulta Externa en Psiquiatría corresponden a diversos trastornos depresivos (35.9% del total de consultas), mientras que como décima causa figura la depresión leve (2.7%). Sin embargo, en ninguno de estos casos se especifica el trastorno distímico, tal vez porque represente un menor porcentaje, no haya sido identificado, o bien, porque sea subdiagnosticado. Otra razón podría ser que los pacientes que muestran síntomas de inicio temprano, consideran su estado de ánimo crónico como parte “normal de su personalidad” y no creen tener algún problema, de ahí que no acudan en busca de tratamiento.

Muchas personas con trastorno distímico experimentan exacerbación de sus síntomas, de manera que cumplen criterios para un episodio depresivo mayor. Cuando esto ocurre es lo que se suele llamar “depresión doble” y en ocasiones, es justamente esta situación lo que lleva a los pacientes distímicos a buscar tratamiento.

Desafortunadamente, el diagnóstico de distimia con superposición de un episodio depresivo mayor implica que ambas son condiciones distintas, pero también podría parecer que los pacientes con depresión doble representan diferentes fases de una condición única que crece y mengua, comúnmente en respuesta a eventos estresantes de la vida. Incluso, parece que las similitudes de la distimia con el trastorno depresivo mayor son más grandes que sus diferencias. Además, lo mismo sucede entre los diagnósticos de personalidad depresiva y distimia. Sin embargo, se cree que la distimia tiene un peor pronóstico que el trastorno depresivo mayor y que puede producir igualo mayor limitación funcional, pues los pacientes distímicos reportan que sus síntomas interfieren de manera importante con sus actividades sociales y su funcionamiento en el trabajo o la escuela.

De hecho, muchos pacientes no pueden mantener un trabajo de tiempo completo a causa de la distimia, aunque esto podría deberse a la presencia de dificultades cognitivas asociada.

Dificultades cognitivas en la distimia

Existe evidencia de que la distimia es acompañada de trastornos en el procesamiento cognitivo. Para evaluar la presencia de estrategias “anormales” en el procesamiento de la información en personas con este trastorno, se compararon sujetos con distimia de inicio temprano, sujetos con anhedonia y sujetos controles normales durante el desempeño de un paradigma de tareas duales y potenciales evocados relacionados con eventos (PREs). Este estudio demostró que tanto los distímicos como los sujetos con anhedonia difieren de los controles en su habilidad para dirigir recursos cognitivos a tareas simultáneas. Aunque no queda claro si las anomalías en la asignación de recursos son específicas de la distimia o la anhedonia, esta investigación indica que existen anomalías en el procesamiento de la información en estos pacientes.

Por otra parte, algunos autores han concluido que pacientes sin tratamiento con diagnóstico de distimia o trastorno depresivo mayor, mostraban dificultades en tareas cognitivas que involucraban atención y memoria de trabajo.

Otro estudio examinó el funcionamiento cognitivo de sujetos deprimidos y controles sanos que realizaron tareas de memoria episódica, fluencia verbal, velocidad perceptivo-motora y flexibilidad mental. Todos los grupos de deprimidos mostraron deterioro en áreas de memoria episódica y flexibilidad mental. Pero los individuos con distimia exhibieron pronunciadas dificultades en flexibilidad mental (medido según su desempeño en el Trial Making Test). Sin embargo, esta interpretación podría ser más amplia, debido a que se sabe que el Trial Making Test-B exige mayores demandas cognitivas que sólo las relacionadas con la flexibilidad mental. Además, se han reportado dificultades en memoria de trabajo visuoespacial en niños con distimia, aunque este tipo de déficit podría estar asociado con un deterioro en la atención.

Etiología

La etiología de la distimia es compleja y multifactorial, involucrando mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, aunque no se ha llegado a un consenso o a una conclusión categórica. Desde la perspectiva neurobiológica, son varias las teorías que explican la etiología de la depresión, las cuales han tenido adeptos y detractores, sin embargo, las alteraciones biológicas encontradas no son específicas de un solo tipo de trastorno depresivo como la distimia, ya que se pueden encontrar en otras patologías, incluso, no se sabe si los diversos tipos nosológicos de depresiones crónicas como la distimia tienen o no las mismas alteraciones neurobiológicas, por lo tanto, no existe un modelo teórico neurobiológico de distimia ni de ningún otro trastorno del estado de ánimo. Por ello, se describen aquí algunos estudios de otros trastornos del estado de ánimo como el trastorno depresivo mayor, que ha sido el más ampliamente estudiado. Por un lado, la hipótesis aminérgica sostiene que los trastornos depresivos son causados por una deficiencia en los niveles de serotonina, noradrenalina y/o dopamina en el sistema nervioso central o en la neurotransmisión de alguno de éstos.

Por otra parte, se supone que, debido a que la distimia es de naturaleza crónica, puede estar asociada con cambios funcionales o actividad persistente del sistema hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), que junto con la alteración de factores psicosociales típicos de la distimia pueden promover la recaída después del tratamiento e incrementar el riesgo de depresión doble. Sin embargo, la hiperactividad del sistema HPA también se ha visto en otros trastornos del estado de ánimo como el trastorno depresivo mayor.

Yee y Miller han evaluado los correlatos electrofisiológicos de la distimia. Reportan que los distímicos exhiben una hiporrespuesta de la conductancia de la piel en anticipación a

estímulos aversivos y mostraron alteraciones sutiles del procesamiento cognitivo según los potenciales evocados. Por otro lado, se han reportado diferencias en la arquitectura del sueño entre los distintos subtipos de distimia. La distimia fue asociada con una distribución anormal y excesiva de sueño de movimientos oculares rápidos (MOR) durante la primera parte de la noche, tal como se observa en la depresión mayor. No obstante, mientras que los pacientes con depresión mayor muestran un tiempo total de sueño reducido, latencia, hora de despertar y eficiencia del sueño diferentes a los distímicos, la arquitectura del sueño en términos de porcentajes de las etapas y características del sueño MOR fueron idénticas en ambos grupos de pacientes.

Asimismo, el estudio de Saletu -Zyhlarz, et al. reporta un incremento en el sueño MOR, pero un decremento en su latencia, así como anormalidades relacionadas con el movimiento periódico de piernas en pacientes con distimia.

Cuando se comparan las anormalidades del sueño presentadas por sujetos con distimia con la estructura del sueño de pacientes con trastorno depresivo mayor, los datos electroencefalográficos parecen favorecer la idea de que estos trastornos son variantes de la misma patología o que quizá comparten mecanismos subyacentes.

Diener y, et al; describieron diferencias significativas entre pacientes deprimidos (incluyendo sujetos con depresión mayor y con distimia libres de tratamiento) y controles, en un paradigma en el cual se aplicó un estímulo aversivo eléctrico que bajo ciertas condiciones el sujeto poseía o perdía el control de evitarlo. Encontraron que los sujetos deprimidos presentaron una mayor variación negativa en zona frontal del electroencefalograma que los sujetos controles, es decir, mayor tendencia al sentimiento de impotencia cuando no se tiene el control, posiblemente relacionado a mayor vulnerabilidad en el funcionamiento de dicha área. Además, notaron que dicha modificación desaparece en los sujetos normales en cuanto vuelven a tener el control.

Tal hallazgo resulta interesante al considerar que los pacientes con depresión, independientemente del tipo, muestran cierta vulnerabilidad de actividad eléctrica frontal ante la impotencia, más relevante aún tal diferencia puesto que se presenta en ausencia de medicación.⁴⁶ También se ha estudiado la posibilidad de que factores sociales aumenten la vulnerabilidad a los trastornos afectivos. Se ha sugerido que los eventos estresantes o “experiencias de fracaso” están asociados con la depresión. Las experiencias estresantes inician una serie de cambios neuroquímicos que pueden ser de significancia adaptativa.

Cuando estas alteraciones son insuficientes para enfrentar las demandas ambientales, se incrementa la vulnerabilidad a la patología depresiva. Precisamente, la experiencia de eventos adversos en la infancia, también parece asociarse con el curso y pronóstico del trastorno distímico, aunque la información al respecto aún es escasa.

Dado que las tasas de prevalencia de diversos trastornos afectivos difieren en las familias con distimia, depresión mayor y depresión doble, se ha sugerido que la distimia y la depresión mayor son trastornos independientes, como ya se ha mencionado anteriormente. De igual manera, se observó que los familiares de pacientes con distimia tienen altas tasas de depresión crónica en comparación con los que padecen depresión mayor. Esto parece apoyar que la distimia constituya un diagnóstico diferente a la depresión mayor. A pesar de esta evidencia, otros estudios no han podido demostrar diferencias significativas entre gemelos monocigóticos y dicigóticos respecto a la concordancia en presentar distimia (7.4 y 8.7%, respectivamente), a diferencia de cuando presentaban depresión mayor.

Estos hallazgos sugieren que compartir un ambiente familiar contribuye más a la etiología de la distimia que a la de depresión mayor. No obstante, otras investigaciones muestran un riesgo de 20% de padecer depresión unipolar en gemelos monocigóticos y hasta 10% en dicigóticos, mucho más elevado que en la población general, aunque estos datos no sean específicos para distimia. Con estos antecedentes, podemos suponer que existe un factor genético importante en los trastornos del estado de ánimo. Efectivamente, se ha reportado que la influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves del trastorno depresivo. El riesgo de morbilidad en parientes de primer grado (padres, hermanos o hijos) es mayor y parece resultar independiente de los factores ambientales o la educación recibida.

Varios autores han sugerido que la transmisión genética de la vulnerabilidad a la depresión se debe a un modo poligénico de herencia, que también involucra factores ambientales.

Además, se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos de un solo alelo.

Otro de los aspectos descritos a nivel genético se relaciona con las alteraciones en niveles séricos de citocinas en pacientes con diversas afecciones neuropsiquiátricas.

Ya en el año 2000, Kronfol y Remick asociaron una respuesta inflamatoria con la depresión, posiblemente iniciada por citocinas. Varios polimorfismos de la interleucina 1 (IL-1) han sido asociados a trastornos del humor.

Al respecto, en el año 2013, Fertuzinhos, et al. reportaron tres polimorfismos específicos relacionados con la distimia: IL-1 α , IL-1 β y IL-1RA, de los que encontraron una diferencia significativa en la frecuencia de haplo tipos con alelos 2 + (IL-1RA), T + (IL-1 α), y C + (IL-1 β) en los pacientes en comparación con los controles, además del haplotipo IL-1RA1.2/IL-1 α CT/IL-1 β CC sólo presente en 10% de los sujetos con distimia y ausente en el grupo control, lo que le otorga cierta susceptibilidad del padecimiento, además de demostrar la participación del sistema inmune en alteraciones del sistema nervioso.

En el 2005, Aydemir, et al. Encontraron que los niveles séricos de FNDC en pacientes con trastorno distímico eran significativamente más altos que los del grupo de pacientes con trastorno depresivo mayor y que a su vez, no eran diferentes de los niveles de un grupo control. Por otro lado, también se observó un incremento en la producción de IL1b e IL-6 en pacientes deprimidos en comparación con controles, mientras que no hubo diferencias entre depresión mayor y distimia. Pero cuando Yoshimura, et al; compararon los niveles plasmáticos de IL-6 en pacientes distímicos tratados con antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos, no se encontraron diferencias entre los grupos de distimia, depresión mayor y controles. Una vez más, estos resultados sugieren que la pato-fisiología del trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor podría ser similar, al menos en este caso, en relación a los niveles sanguíneos de FNDC y IL-6.5.

Aunque son necesarios más estudios que sustenten el papel de las citocinas, el FNDC y los monocitos en la depresión, se cree que estos hallazgos podrían posibilitar en un futuro el estudio de muestras lo suficientemente extensas como para conocer el genotipo implicado en la depresión y que se convierta en un marcador biológico para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos. Otra forma de explicación de la relación biológica en la depresión corresponde a los estudios de neuroimagen, en los que se ha demostrado que los pacientes deprimidos también presentan anormalidades volumétricas no sólo en el hipocampo, sino también en otras regiones subcorticales que incluyen la amígdala y el estriado ventral, así como en regiones corticales como la corteza cingulada anterior, la corteza orbito frontal y la corteza prefrontal. Varios estudios de neuroimagen sugieren que la depresión puede estar

caracterizada por múltiples anomalías en la interconectividad cerebral entre estructuras subcorticales (particularmente límbicas) y estructuras corticales.

Se ha reportado que el daño en esta área incrementa la probabilidad de síntomas depresivos. Además, se han reportado alteraciones en la activación de la corteza prefrontal relacionadas con el procesamiento emocional en sujetos con trastorno depresivo mayor. Estos estudios han llevado a formular la hipótesis de la asimetría prefrontal, que postula una relativa hipoactividad en la corteza prefrontal dorso lateral izquierda con hiperactividad en la derecha en relación con los cambios en el metabolismo y el flujo sanguíneo. Los estudios mencionados han sido realizados en su mayoría en sujetos con trastorno depresivo mayor.

En una investigación llevada a cabo por Ravindran, et al., en el que compararon un grupo de sujetos con distimia (tanto de inicio temprano como de inicio tardío) con un grupo control en una tarea de inducción de emociones a través de la presentación de imágenes y utilizando técnicas de resonancia magnética funcional, se encontró que los pacientes distímicos tenían una activación significativamente reducida en la corteza prefrontal dorso lateral. También mostraron incremento en la activación de la amígdala, cíngulo anterior y la ínsula en comparación con los controles, diferencias que fueron más evidentes cuando se procesaban imágenes negativas. Estos resultados sugieren que la corteza prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala y la ínsula están involucrados en el circuito que subyace a la distimia. Se concluyó que la activación alterada de alguna de estas regiones neurales puede ser un sustrato común para los trastornos depresivos en general, mientras que otras están relacionadas específicamente con el curso crónico y los síntomas característicos de la distimia. Sin embargo, hacen falta más estudios de este tipo para confirmar estos hallazgos.

La Distimia como entidad única

En la actualidad, los clínicos se enfrentan a la dificultad de diagnosticar el trastorno distímico de manera certera, debido a que sus síntomas son inespecíficos y se solapan con un trastorno depresivo mayor o con la depresión doble. Por otro lado, existe la confusión de si debe clasificarse como un trastorno afectivo o de la personalidad. Una respuesta a este problema vino con la controversia provocada por la publicación del DSM-III que introdujo la distimia en el Eje I. En respuesta a las críticas, el DSM-IV incluyó criterios para el trastorno de personalidad depresiva con base en los estudios de Akiskal. El debate se ha centrado principalmente en el hecho de si la personalidad depresiva es conceptualmente diferente de la distimia, ya que sus síntomas se superponen notablemente. Respecto a lo anterior, Ryder, et

al. proponen que el constructor de personalidad depresiva no debería ser incluido en futuras ediciones del DSM. Estos autores consideran que dejar el trastorno de personalidad depresiva y quitar la distimia del DSM, sería un error, ya que no habría cómo diagnosticar individuos con inicio tardío de los síntomas.

Además, debido a que la distimia incluye muchos síntomas que quedan fuera de las definiciones tradicionales de personalidad, el constructo debería quedar dentro de los trastornos afectivos. Este punto de vista parece reforzado por la evidencia de que la distimia y el trastorno de personalidad depresiva en conjunto comparten muchas características con otros trastornos afectivos, pero pocas con los trastornos de personalidad. En la actualidad, esta polémica se traduce al ámbito clínico en la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial entre distimia, depresión mayor, depresión doble y personalidad depresiva. Y no sólo eso, también es importante establecer la comorbilidad, ya que un diagnóstico preciso es crucial para la elección del tratamiento y realizar una predicción más acertada sobre la evolución del paciente.

Existe la propuesta (actualmente en revisión) de combinar el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor para el DSM-V, en un diagnóstico único con una especificación de cronicidad, es decir, trastorno depresivo crónico y depresión no crónica. Sin embargo, esta distinción podría solamente abarcar una de las dimensiones clínicas del problema depresivo, sin reflejar adecuadamente la multidimensionalidad del trastorno.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Para poder realizar nuestro trabajo es necesario la selección de una herramienta que nos permita conocer el estado de ánimo actual del usuario.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) fue una herramienta producida y configurada por Brink y Yesavage en el año de 1982, fue especialmente creada para realizare valuaciones al estado afectivo de los adultos mayores, ya que otros test tienen una tendencia a sobrevalorar la sintomatología somático neurovegetativa, de menor valor en el paciente geriátrico. Esta escala cuenta con varias versiones, pero en su versión original, de 30 ítems que fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, la batería de preguntas que se seleccionaron son las que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez retesteo mayor, es decir al momento de hacer un retest las respuestas no sufren notables cambios, y también fueron eliminado los ítems de contenido somático por lo que el uso de esta herramienta es preciso. Los mismos autores

desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada.

En el año de 1987 Perlado F. realizó una primera traducción al castellano de la versión de 30 ítems, siendo González F en 1988 quien realiza los primeros estudios de validación, he introdujo modificaciones sustanciales que desnaturalizaban la versión original (la redujo a 20 ítems y transformó la escala de respuesta). Luego una segunda adaptación al castellano fue validada por Ramos-Brieva y cols 1991 y Salamero y cols 1995.

En esta nueva versión de 15 ítems existen múltiples traducciones y es una de las usadas actualmente, a fecha reciente Aguado C et al; 2000 han presentado un primer avance de su estudio de adaptación y validación, se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, si bien se permite también su aplicación hetero administrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy elaborada lo que me permite extraer la información incluso cuando se está realizando otra actividad, el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos.

El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido, el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación auto administrada sus preguntas se especializan en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características psicológicas y físicas más específicas de la depresión en el adulto mayor.

En el caso de pacientes con dificultades en la comunicación o demencia será de mucha utilidad la interacción con familiares o cuidadores y la valoración de los síntomas comunicados por éstos o el cambio de los síntomas en el tiempo (por ejemplo, un paciente con demencia que deja de comer). Las características de esta escala fueron desarrolladas para medir las cualidades de los planes y deseos suicidas del sujeto, siendo su objetivo concreto cuantificar la intensidad de la intención suicida consciente en el momento actual, así como la actitud del sujeto hacia este tipo de ideas, en mi caso trabajare con la herramienta que consta de 30 ítems que deben ser contestadas por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semiestructurada, los ítems que fueron seleccionados atendiendo dentro de la escala son criterios racionales y clínicos.

La escala se presenta dividida en 5 apartados:

- 1) características de su actitud hacia la vida/muerte,
- 2) características de los pensamientos suicidas
- 3) características del proyecto de intento,
- 4) realización del proyecto de intento y
- 5) factores de fondo.

En cuanto a su aplicación es el tiempo de administración varía entre 10-15 minutos, dentro de las normativas de la escala se recomienda que puede ser autoadministrada o hetero aplicada. Las respuestas dicotómicas deben ser sí o no y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente durante el lapso de la semana anterior y la actual. La validez de esta escala en comparación con el diagnóstico psiquiátrico ha sido demostrada en varias ocasiones con los adultos mayores de la comunidad, al igual que su validez y fiabilidad en población de adultos mayores consultante de los servicios de atención primaria. Ya que la aplicación es relativamente fácil, su sensibilidad o aceptación por el usuario es importante para el desarrollo de la intervención, también cuenta con preguntas que pueden ser adaptadas al contexto facilitado el trabajo del profesional de la salud, cuando hablamos de adultos mayores el personal de salud de atención primaria es un elemento principal para poder diagnosticar a tiempo y de forma precoz el estado mental de sus pacientes, tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo.

Es importante incluir que hoy en día la clasificación diagnóstica de la OMS es la más utilizada en el mundo y constituye una referencia obligatoria para analizar las pruebas y resultados de estudios geriátricos. Por lo anterior, las instituciones que realizan trabajos pro salud recomiendan seguir estos parámetros para describir y analizar estudios epidemiológicos que se realicen en nuestro país

Instrumentos rápidos de valoración del estado afectivo

Existen varias escalas de depresión, algunas de ellas para su uso específico en adultos mayores. Las de mayor difusión son la Geriatric Depression Scale (GDS) de Brink y Yesavage y la Rating Scale for Depression de Hamilton. Estas escalas incluyen ítems sobre humor, insomnio, ansiedad, inhibición, culpabilidad y pensamientos de muerte, síntomas somáticos, síntomas paranoides, compulsivos, etc. Sin embargo, su utilidad se enfoca como

posible instrumento de tamizaje y como medida de respuesta del tratamiento, y no se debe utilizar como diagnóstico, ya que este, sobre todo en la depresión es meramente clínico.

Dichas encuestas se realizan entrevistando al paciente o por medio de cuestionarios auto administrados. La depresión mayor, con o sin melancolía, incluye un síntoma central de estado de ánimo disfórico o pérdida de interés, más al menos cuatro de los síntomas siguientes: alteraciones del sueño (normalmente, disminución del mismo) perturbación del apetito, pérdida de peso, retraso psicomotor, ideación suicida, mala concentración, sentimientos de culpa y pérdida de interés en las actividades habituales (si no es el síntoma central). Existe melancolía si predominan sobre estos síntomas la falta de interés por el ambiente social, la variación diurna (es decir sentirse peor durante una parte del día, generalmente por la mañana), y la agitación o el retraso psicomotor.

En algunos casos predominan los rasgos psicóticos en la depresión mayor, sobre todo ideas delirantes de enfermedad o sentimientos de culpa sobre algunas acciones, pensamientos o acontecimientos ya pasados. En la depresión psicótica es más prevalente a una edad avanzada que a la mitad de la vida, los síntomas psicóticos son similares entre los ancianos y los pacientes jóvenes, aunque en el adulto mayor suele tener más síntomas y es menos probable que experimente auto reproches y culpa.

Existen también otras pruebas para identificar la depresión ya que esta puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial, para lo cual se utilizan pruebas como el mini examen cognoscitivo de Folstein, versión de Lobo al español, cuya sensibilidad es de 87 % y especificidad de 85 %.

La gran variación de resultados en este tipo de pruebas, se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios que son precisamente la mayor cantidad de pacientes que atienden los médicos de familia.

Capítulo II: Diseño Metodológico

2.1. Diseño

Tipo de estudio:

En cuanto al método de investigación el estudio es observacional, según el nivel de profundidad del conocimiento es descriptivo. (Piura, 2006)

En relación al período y secuencia es transversal; según el análisis y alcance de los resultados es analítico. (Canales, Alvarado, Pineda, 1996)

Área de estudio:

El estudio responde a tres áreas:

- Institucional: Área de Investigación Universitaria, Línea de Investigación I; evaluación del rendimiento académico de la Universidad Autónoma de Nicaragua, Programa Académico de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Por lo técnico del objeto de estudio y especialidad: estará centrada en estudiantes de la Carrera de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Nicaragua, Managua, realizados por los estudiantes del Servicio Social, de la carrera de Medicina, durante el período del IV trimestre del presente año.
- Geográfico: Se realizó en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, del municipio de Mulukuku, de Región Autónoma Central Norte.

Universo:

Por sus características particulares de la investigación, la población objetivo de estudio, estará conformada por 2,800 adultos mayores que demanda atención de salud, durante el periodo de estudio en la unidad de salud del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador.

Muestra:

A partir del universo de 2,800 adultos mayores, el cálculo probabilístico del tamaño de muestra se realizará de acuerdo al método de Munch Galindo (1996), usando la fórmula de *poblaciones finitas y muestreo completamente aleatorio*, tal como se describe a continuación:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

Z = 1.96, para el nivel de confianza del 95%; *es variable en función del “e”*.

N = es la población objeto de estudio, igual a 2800.

p y q = probabilidades complementarias de 0.5.

e = B = *error de estimación del 0.05*.

n = tamaño de la muestra = 333

El tamaño de la muestra en este estudio fue definido por **333 adultos mayores**, que, si cumplen los criterios de inclusión, según los expedientes facilitados por la institución que demanda atención en salud.

Criterios de Inclusión y Exclusión

➤ Criterios de Inclusión

- Adulto mayor que demanda consulta en el hospital primario
- Adulto mayor que puedan expresar por si solo
- Que dé el consentimiento por escrito por participar en el estudio

➤ Criterios de Exclusión

- Que rehúsa participar en el estudio

Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información

La presente investigación se adhiere al paradigma socio–crítico, de acuerdo a esta postura, el conocimiento depende de las prácticas del tiempo y de las experiencias adquiridas.

Por extensión, el conocimiento es sistematizado y la ciencia se desarrolla de acuerdo a los cambios de la vida social y demográfica.

La praxis, se vincula a la organización del conocimiento científico que existe en un momento histórico determinado, y que, a partir de estos razonamientos, la teoría crítica presta especial atención al contexto de la sociedad. (Pérez Porto, 2014).

En cuanto al enfoque se usó datos cuantitativos, y el análisis de la información cualitativa, se integró una discusión holística-sistémica de diversos métodos y técnicas cuali-cuantitativas de investigación, y se aplicó el *Enfoque Filosófico Mixto de Investigación* (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pp. 532-540).

A partir de esta integración metodológica, se aplicarán las siguientes técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación:

Técnicas Cuantitativas

Encuesta: fue útil para verificar resultados a gran escala

Técnicas Cualitativas

Cuestionario: para indagar el estado de ánimo.

Instrumento:

El instrumento utilizado fue la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage, la cual se describe a continuación: La Escala de Depresión Geriátrica, cuyas siglas en inglés son GDS, es instrumento de autoinforme para la evaluación de la depresión en personas mayores. Fue diseñada por Brink y Yesavage entre los años 1982 y 1983, su diseño fue orientado para la evaluación del estado afectivo en los ancianos, pues está construida específicamente para esta población; además, reduce las cuestiones relativas a la salud física, que producen en los ancianos muchos falsos positivos debido a la mayor prevalencia de quejas somáticas reales y tratando de que no afecten a esta valoración de forma sobrevalorada los síntomas anteriores, que son precisamente menos importantes, pero muy presentes en el paciente geriátrico.

La versión original de 30 ítems fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems de la cual se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y obtenían una fiabilidad test-retest mayor; por el contrario, se eliminaban los ítems que se referían al contenido somático.

El cuestionario consta de respuestas dicotómicas si/no, y aunque la idea original era que fuese autoadministrado, se aplica normalmente con un entrevistador que debe poseer formación sobre este instrumento.

Interpretación:

Respecto a la interpretación de la escala, cada ítem se valora con un 0 o con un 1, siendo el caso de la respuesta que coincide con el estado depresivo el que recibe un punto y así, a mayor puntuación, mayor estado depresivo.

Para la versión de 30 ítems, que es la que vamos a utilizar, las puntuaciones de corte que se proponían en la escala original eran:

- No depresión 0-9 puntos

- Probable depresión 10-19 puntos
- Depresión establecida 20-30 puntos

Para obtener la información se realizaron el siguiente el proceso de acuerdo a objetivos del estudio:

- Validación del instrumento, a través de prueba piloto, del 10% del total del universo este también fue excluido en la muestra, tomando el inmediato superior con el objetivo de brindar la misma probabilidad de participar en el estudio.
- Elaboración de consentimiento informado para solicitar el consentimiento del adulto mayor.
- Solicitud por escrito a las autoridades competentes del hospital primario.
- Encuesta y entrevista del adulto mayor en estudio.

Procedimientos y análisis de la información:

Posterior a la recolección de datos, se precedió a relacionar la información necesaria para responder al problema y objetivos específicos planteados, a través de una serie de tablas de salida, que, de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, se organizarán a partir del análisis de los datos en forma concreta y sistemática para presentar en forma clara la información de los resultados del análisis estadístico.

El diseño del plan de tabulación responde a los objetivos específicos de tipo descriptivo, se limitó solamente a especificar los cuadros de salida que se presentan según el análisis de frecuencia y descriptivas de las variables importantes.

Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico IBM +SPSS, v. 24 para Windows. Una vez que se realice el control de calidad de los datos registrados, serán realizados los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por los objetivos específicos., se realizó los análisis descriptivos correspondientes:

- (a) para variables nominales transformadas en categorías: Análisis de frecuencia,
- (b) para las variables numéricas (continuas o discretas) se realizarán las estadísticas descriptivas.

La secuencia que se siguió es la siguiente:

- Luego de concluido el período de aplicación de la encuesta, y se inició el período de entrevista durante de las atenciones (cuatro semanas). La fecha de inicio del período es arbitraria y la secuencia de la entrevista es aleatoria.
- Si bien las entrevistas fueron aleatorias, los encuestadores las efectuaron, sobre la base de una matriz de programación con el fin de organizar los recursos disponibles para el recojo de datos.
- Las encuestas y entrevistas llenas se entregaron al responsable de codificarlos.
- Una vez codificados, los datos fueron digitados.

Además, se realizaron tablas del tipo:

(a) Univariado para variables continuas,

(b) Univariado para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta.

Matriz de Operacionalización de Variables de acuerdos a Objetivos Específicos (MOVI)

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Objetivo Específico 1 Describir las características demográficas de los adultos mayores participantes del estudio	Características demográficas de los adultos mayores	1.1 Edad	1.1.1 Período de tiempo en años que tiene el adulto mayor al momento de la entrevista	Encuesta	Cuantitativa continua	Edad en años
		1.2 Sexo	1.1.2 Condiciones físicas, caracteres sexuales secundario	Encuesta	Cuantitativa continua	Genero
		1.3, Estado Civil	1.1.3 Estado legal ante la sociedad actual	Encuesta	Cuantitativa continua	Legalidad
		1.3 Escolaridad	1.1.4 Nivel de aprendizaje o experiencia	Encuesta	Cuantitativa continua	Competencia
		1.5 Religión	1.1.5 Conjuntos de creencias, comportamientos propios del ser humano	Encuesta	Cuantitativa continua	Doctrina

Matriz de Operacionalización de Variables de acuerdos a Objetivos Específicos (MOVI)

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Objetivo Específico 2 Identificar los factores de riesgos asociados con la depresión en los adultos mayores en estudio	factores de riesgos asociados con la depresión en los adultos mayores	2.2 Factores de riesgos	2.2.2 Circunstancia que aumenta la probabilidad de que los adultos mayores contraen la depresión	Encuesta	Dicotómica	1 Si 0 No
		2.3 Comorbilidad	2.2.2 Enfermedades que ocurren al mismo tiempo de su depresión	Encuesta	Dicotómica	1 Si 0 No

Matriz de Operacionalización de Variables de acuerdos a Objetivos Específicos (MOVI)

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Objetivo Específico 3 Identificar el nivel de la depresión en el adulto mayor	Nivel de la depresión en el adulto mayor	3.1 Depresión	3.1 Hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz	Encuesta	Dicotómica	0-10: Normal 11-15: Depresión leve >15: Depresión establecida

Consideraciones éticas:

El carácter prospectivo del presente estudio conllevó a que cierta información de los participantes sea divulgada; sin embargo, se le proporciono a cada entrevista un código de identificación que permitió garantizar la confidencialidad de todo participante; de acuerdo a los principios en investigación planteados en la Declaración de Helsinki donde se instó a todo investigador de la salud, además de proteger la vida y la salud a proteger la dignidad, integridad, intimidad y la confidencialidad de información personal, ya que no se realizó procedimiento alguno, ni se manipuló variables fisiológicas el presente estudio no representó riesgo alguno para la salud de ningún participante.

Para la realización del presente estudio primeramente fue aprobado por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, de la Facultad de Ciencias Médicas al ser aprobado el Protocolo por la Coordinadora de trabajo monográficos de grado y postgrado, se procedió a realizar recolección de la información y la elaboración del informe final, quienes garantizan el cumplimiento de los principios bioéticas de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia que todo estudio debe respetar.

Fue necesario utilizar un consentimiento informado donde se explicaron los objetivos del estudio, así como también la confidencialidad del mismo, ya que se aplicó una encuesta anónima para recolectar los datos.

Capítulo III. Desarrollo

3.1. Resultados

En relación a las características demográficas de los adultos mayores en estudio encontramos que los grupos de edades que predominó fue el 60-70 años con 64.5% (215), 81-90 años 16.2% (16.2) los mayores de 91 años 4.2% (14); el sexo femenino 61.8% (206), masculino 38.1% (127), la escolaridad del adulto mayor; primaria 60.6% (202), ninguno 30.9% (103), estado civil; viudo 60.3% (201), casado 31.2% (104), soltero 8.4% (28). (Ver tabla 1)

Al valorar los factores de riesgo en los adultos mayores relacionado a con trastornos distímico, en cuanto a ocupación actual ninguna ocupación 90.0% (300), con ocupación 10.0% (33); entre los cuales agricultor 8.4% (28), ganadero 0.9% (3), sastre 0.6% (2); al preguntar si depende económicamente de alguien respondieron; no 73.8% (246), y si 26.1% (87), de estos últimos 66.6% (58) depende de esposa e hijos, 21.8% (19) de hijos, 6.8% (6) de hermanos y 4.5% (4) de su pensión. Al preguntar si reciben apoyo de sus familiares cuando los adultos mayores tiene una necesidad dijeron; si 85.8% (286), no 14.2% (47), de los que respondieron que sí; 45.4% (130) reciben apoyo en alimentación, 31.1% (89) atención médica, 23.4% (67) reciben cariño y comprensión de su familia. A la vez se le respondieron que 60.9% de ellos quedan solo en casa; y 88.8% (296) padecen de una enfermedad crónica. Entre las enfermedades que padecen HTA 79.7% (236), Diabetes mellitus 63.3% (212), cardiopatía 59.4% (198), secuela de ACV 30.0% (89). (Ver tabla 2)

En relación a la aplicación de la escala de depresión del adulto mayor de Yesavage, se concluyó que; 54.0% (180) no se encuentra en depresión, 29.75% (99) en depresión leve y 16.2% en depresión establecida. (Ver tabla 5)

En cuanto al cruce de variables factores asociados y nivel de depresión, se observó que predominó el sexo femenino 25.8% (86), los que tiene algún grado de escolaridad con 39.0% (130), casados 29.1% (127), con ocupación 37.2% (124), sin dependencia económica 21.3% (71), con apoyo familiar 26.6% (124); los que queda solo en casa 29.4% (98) y los adultos mayores que padecen de una enfermedad crónica 18.7% (148). (Ver tabla 6)

3.2. Análisis y Discusión

La depresión es un trastorno ampliamente estudiado por distintos autores, la mayoría de ellos afirman que su importancia se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo de las personas.

Aunque que a la distimia la consideran un tipo de depresión menos grave pero más crónica, ya que los síntomas asociados al trastorno distímico, tienen que ver con el estado de ánimo, autoestima, socialización, lenguaje, ingesta alimentaria, actividades placenteras y vigilia, así lo sustenta Hales, Robert; et al (2000),

En vista de estos García, et al; (2007) manifiestan que la depresión es un estado de ánimo caracterizado por sentimientos tales como: indiferencia, soledad y pesimismo; afecta todo el cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos; igualmente, la forma en que el paciente come y duerme, lo que piensa de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento en general.

Así mismos refiere que la proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%, la falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la Atención Primaria, y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de la barrera para el acceso a una atención adecuada.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

En relación a las características demográficas de los adultos mayores del presente estudio encontramos que los grupos de edades que predomino fueron el 60-70 años, 81-90 años; sexo femenino, escolaridad primaria, estado civil viudo.

De acuerdo a Aguilar Navarro S, et al; (2007, p.43), analiza que la prevalencia en Europa de la depresión oscila entre el 6 y el 20%, aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%. Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento. Siendo la prevalencia de síntomas depresivos de 47,6% en las mujeres, similar a los hombres. Por edad, el porcentaje más alto de adultos mayores sin depresión se halló en los de 75 a 84 años 59,6%, similar a los otros grupos de

edad. Por otro lado, las personas que no presentaron ningún nivel educativo tuvieron la mayor prevalencia de depresión 58,4%.

En cambio, a nivel de la región costera en la ciudad de Barranquilla Borda M. et al (2013; p. 29) afirma que la prevalencia de depresión de 36,4 %, predominó la leve con 24,2 %. Siendo los factores de riesgo: el nivel educativo: primaria incompleta y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos. Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero.

Rivera, Benito y Pazzi (2015) reportan que la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores en Ciudad Victoria resulta excesivamente alta para la población de 60 años o más; en relación con esto, Flores, Ramírez y Trejo (2016) hallaron en un estudio realizado en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, que la prevalencia de la depresión en un grupo de AM fue mayor en las mujeres con relación al grupo etario de 60-69 seguido de los AM de 90 años.

Los factores de riesgo relacionado a con trastornos distímico en los adultos mayores; del presente estudio fueron; no tienen ocupación actual, en su mayoría no dependía de económicamente de alguien, una gran cantidad quedan solos en casa, más del 80% padecen de una enfermedad crónica

Y a la relación a la aplicación de la escala de depresión del adulto mayor de Yesavage, 54% están normales y 29.7% están en depresión leve y depresión establecida un 16.2%.

Ahora bien, la OMS reporta una cifra ponderada de depresión del 10,4%. La prevalencia de los síntomas depresivos en los pacientes adultos varía entre el 8 y 16% en los diferentes estudios. La prevalencia de depresión mayor varía entre el 1 y 4%. La prevalencia de la depresión mayor varía ampliamente en rangos 2,3% a 25% en países como España, Estados Unidos y Australia.

En Colombia, en la ciudad de Medellín, Estrada A. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordoñez Molina J, Osorio Gómez J, Chavarriaga Maya L (2010, p 23) realizaron un estudio donde se utilizó la escala de depresión Geriátrica Yesavage; se halló que 54,3% de los adultos mayores institucionalizados encuestados no registraron ningún grado de síntomas de depresión; un 37% con síntomas depresivos moderados y el 8,7% de forma severa.

De acuerdo a Sarro A. Ferrer A, et al., (2010, p. 231) en su estudio realizado en España en siete centros de atención primaria que, de 220 personas evaluadas, 129 (58,6%) eran mujeres.

El diagnóstico de depresión según la GDS es positivo en 76 (34,5%) pacientes, mientras que en la historia clínica (HC) está presente en 46 (20,9%) pacientes.

González y Robles (2011) afirma que los riesgos de depresión del adulto mayor según test de Yesavage; fueron el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada, el 54,2 % son mujeres y el 45,8 %, hombres, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad.

Caso contrario de Tapia M, Morales Hernández et al, (2013, pp. 87-90) que refieren que los factores de riesgo de depresión en adultos mayores son; adultos con discapacidad física, que tienen un nivel mayor de dependencia de un cuidador, es de 32,5% para una depresión leve, 44,5% para una depresión media y 2,5% para una depresión severa.

En cuanto factores de riesgo y nivel de depresión, se observó que predominó el sexo femenino, algún grado de escolaridad, casados, tener ocupación, sin dependencia económica, apoyo familiar, quedar solo en casa y padecen de una enfermedad crónica.

La prevalencia calculada del trastorno depresivo mayor y la distimia a lo largo de toda la vida oscila entre 4.2 y 17% según la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, otros autores coinciden en que es un problema de salud pública donde la prevalencia oscila entre 10 a 25% en mujeres y de 5 a 12% en hombres. En México no se tienen datos recientes, pero en 2005 se reportó una prevalencia de distimia de 3 a 5%, un poco menor que la reportada para el trastorno depresivo mayor, y hasta de 6% en niños y adolescentes.

Según Pando M, Aranda Beltrán C, et al., (2011, p. 140-144) encontraron en un estudio realizado en Guadalajara, México, una prevalencia de depresión de 36,2% en adultos mayores, de los cuales el 43,2% eran mujeres y 27,1% hombres. Siendo los mayores factores de riesgo: falta de actividad laboral, estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años, así mismos resalta que la falta de empleo y la viudez representan pérdidas, siendo los principales elementos en la etiología de la depresión.

Borda (2012) analiza que los factores de riesgo para depresión en adultos son los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores al salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos.

De acuerdo de resultados de Ruiz (2016, p. 25) en su investigación factores sociodemográficos asociados al nivel de depresión del adulto mayor, en el Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, 2016, a través de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de observo que el 50% de adultos mayores presenta algún nivel de depresión (moderada: 41.7% y severa: 8.3%).

Siendo los factores sociales y la depresión; según la vivencia, se encontró que 25% de las personas que viven con su pareja y 13% de aquellos que viven con sus hijos presentan depresión moderada; según la actividad personal; los jubilados presentan 18.3% depresión moderada, y 3% depresión severa, las personas que realizan labores del hogar el 11.7% presentan depresión moderada.

Que los factores demográficos y el nivel de depresión, se encontró que según la edad: las personas entre 60 a 74 años presentan 28.3% depresión moderada y 5% depresión severa. Según el sexo; los varones presentan el 6.7% depresión severa, mientras la mujer presenta 23.3% depresión moderada. Según el estado civil; las personas casadas son los que más presentan depresión moderada 28.3% y depresión severa 5%. Los viudos representan el 10% depresión moderada.

En el estudio realizado se encontró que los factores asociados que tienen significancias estadísticas son ser sexo femenino, no tener una ocupación actual, no tener dependencia económica; no tener apoyo familiar; quedar solo en casa; tener una enfermedad crónica, factores de riesgo protectores escolaridad, estado civil viudo/ soltero.

Quinto (2018) afirma que la depresión de la población adulta mayor hospitalizada el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, al aplicar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se obtuvo que, de 43 pacientes, el 28 % de los pacientes encuestados tuvo un nivel de depresión leve y 28% tuvo un nivel de depresión severo. El 19% de los pacientes con edades de 60 a 69 presento depresión leve y el 25% depresión severa. El 33 % de los pacientes con edades de 70 a 79 presentó depresión leve y el 29% depresión severa. El 33.3% de los pacientes mayores de 80 presentó depresión leve y el 33.3% presentó depresión severa. El 33% y el 27% de los pacientes con grado de instrucción primaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 29% y el 33% de los pacientes con grado de instrucción secundaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 16.7% y el 16.7% con grado de instrucción superior presentan depresión leve y severa respectivamente. El 45.83% de los pacientes con depresión tiene diabetes mellitus II, el 29,17% tiene hipertensión arterial,

el 20,83% tiene insuficiencia cardiaca, el 12.5% tiene alguna enfermedad infecciosa, el 12.5% tiene enfermedad renal crónica, el 8.33% tiene alguna neoplasia y el 29,17% tiene diferentes patologías a las mencionadas.

El 28% de la población adulta mayor hospitalizada tiene depresión leve y el 28% tiene depresión severa. El grupo etario con mayor nivel de depresión fue en los que tenía más de 80 años. El grado de instrucción con mayor nivel de depresión fue el Primario y Secundario. Las patologías más frecuentes en los pacientes con depresión fueron la diabetes mellitus II, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca.

3.3. Conclusiones

- En relación a las características demográficas de los adultos mayores en estudio encontramos que los grupos de edades que predominaron fueron el 60-70 años, 81-90 años; sexo femenino, escolaridad primaria, estado civil viudo.
- Los factores de riesgo relacionados con trastornos distímicos en los adultos mayores; no tienen ocupación actual, en su mayoría no dependían económicamente de alguien, una gran cantidad quedan solos en casa, más del 80% padecen de una enfermedad crónica.
- En relación a la aplicación de la escala de depresión del adulto mayor de Yesavage, 54% están normales y 29.7% están en depresión leve y depresión establecida un 16.2%.
- En cuanto a factores de riesgo y nivel de depresión, se observó que predominó el sexo femenino, algún grado de escolaridad, casados, tener ocupación, sin dependencia económica, apoyo familiar, quedar solo en casa y padecen de una enfermedad crónica.
- Los factores asociados al trastorno distímico son ser sexo femenino, no tener una ocupación actual, no tener dependencia económica; no tener apoyo familiar; quedar solo en casa; tener una enfermedad crónica, factores de riesgo protectores escolaridad, estado civil viudo/ soltero.

3.4. Recomendaciones

Desde el punto de vista metodológico:

- ✓ Desde la perspectiva de la validez de futuros estudio utilizar instrumento, cuestionarios, escalas auto aplicados con el objetivo de evaluar la depresión clínica en adultos.

Recomendaciones prácticas:

- ✓ Promover programas y actividades recreativas como, para los adultos mayores para propiciar ambientes saludables, así como mantener estado óptimo de salud para transitar por esta etapa de la vida y evitar la presencia de cuadros depresivos.
- ✓ Promover gabinete de ayuda a los adultos mayores que no depende de nadie, y que no recibe pensión de jubilados.
- ✓ Crear un consultorio de medicina general y enfermería en los centros de salud que implementen acciones preventivas enfocadas a la salud mental.
- ✓ Crear estrategias que ayuden a desarrollar conciencia del autocuidado lo cual nos ayudara a proveerle una mejor calidad de vida a los adultos mayores.

Capítulo IV. Bibliografía

3.1. Bibliografía Básica

Alguera Ortiz L, et al. Guía de buena práctica clínica en geriatría, depresión y ansiedad, 2011, pp., 258-304

Aguilar Navarro S, Ávila Fuñes J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gaceta Médica Mexicana. 2012, p .22.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado. México: Ed. Masson; 2002, p 128.

Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. J Affect Disord 2001, pp. 17-31.

Asociación Psiquiátrica Mexicana. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión 2008, p358.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado. México: Ed. Masson; 2002, pp. 384-402.

Aldana Olarte R, Pedraza Marín J. Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010, pp. 75.

Bordas Pérez M, et al. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Rev. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; pp. 64-73.

Borda, M. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 2012. pp. 29.

Campo-Arias A, Urruchurtu Mendoza Y, Solano Morales T, Vergara Pino A, Cogollo Z. consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena (Colombia). Rev. Salud Uninorte. Barranquilla. 2008, p. 24.

Cuijpers P, Van Straten A, Schuurmans J, Van Oppen P, Hollon S, Andersson G. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2010; pp. 51-62.

Crespo. J. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azoguez, cañar, tambo y delegado de la provincia del cañar, en el año 2011. Tesis de posgrado. Universidad de Cuenca. 201, p. 99.

Durán T. Aguilar M. Martínez M. Rodríguez T. Gutiérrez G. Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal: un estudio poblacional en Bucaramanga. 2013, p. 59.

Estrada Restrepo A, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordoñez Molina J, Osorio Gómez J, Chavarriaga Maya L (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universidad psicológica*, 2013, pp, 81-94.

Francia, K. (2011). Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010, pp. 25-38.

Franco, K., Fernández, J. y Astudillo, C. (2018). Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana. *Biomédica*; 38 (1), 127-140.

Freeman HL. Historical and nosological aspects of dysthymia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (Suppl. 383): 7-11.

Gonzales, M. y Robles, J. (2013). Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, diciembre de 2011, pp. 25 – 32.

Hayden E, Klein D. Outcome of Dysthymic Disorder at 5-Year Follow-Up: The Effect of Familial Psychopathology, Early Adversity, Personality, Comorbidity and Chronic Stress. *Am J Psychiatry* 2001; pp. 64-70.

Hernández Z. Vásquez J. Ramo A. depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. *Rev. Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, vol. 3. 2012, pp. 58-61.

Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica, tratamiento de personas con depresión. Serie guías clínicas MINSAL N° XX, 1ª edición. Santiago: Minsal, 2006, p. 87.

Pando Moreno M., Aranda Beltrán C, Alfaro N, Mendoza Roaf P. (2011). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36 (3) ,140-144.

Sarro M, Ferrer A, Rando Y, Formiga F, Rojas S, Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. SEMERGEN -medicina de familia.2010, p231.

Tapia Mejía M, Morales Hernández J, Cruz Ortega R, De la Rosa Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica.Rev Enferm IMSS,2013, pp. 87-90.

Juárez, J., León, A. y Linares, V. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH“ Viña alta” –La Molina, Lima-Perú. Rev Horiz.Med.Volumen12, 2013, pp. 126-130.

Sánchez, S., Juárez, T., Gallegos, K., Gallo, J., Wagner., F. y García, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Mentad; 35 (1), 71-77.

Vallejo-Ruiloba J, Leal-Cercós C. Tratado de Psiquiatría. Volumen II. España: Ars Médica; 2005.

Vega, D. Moreno, N, y Carrillo, A. (2015). Envejecimiento demográfico, discapacidad y vulnerabilidad social en Guanajuato, México. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud, 2012, pp. 4- 8.

3.2. Bibliografía Consulta

American Psychological Association. Traducción al español de Publication Manual of the American Psychological Association 3aed. México: El Manual Moderno. 2016, p. 75.

Argimón Pallas J.M., Jiménez Villa J. Métodos de investigaciones aplicadas a la atención primaria de salud. 2ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma; 1994, 297-302.

Fletcher RH., Fletcher SW., Wagner EH. Epidemiología clínica. 2ª ed. Barcelona: Masson-Williams & Wilkins; 1998, p. 57.

Martín Andrés A, Luna del Castillo JD. Bioestadística para las ciencias de la salud. 4ª ed. Madrid: NORMA; 1993, pp. 210 – 258.

Martin, P.W. Introduction to Basic Legal citation. De la American Psychological Association APA. Sexta edición. Adaptación Normas APA. 2014, pp. 258-305.

Menéndez Echavarría, A. L. Citas y referencias: Estilo de la American Psychological Association. APA, sexta edición. Adaptación Normas APA. 2015, p.55

Piura López, J. Metodología de la in e la investigación científica: un enfoque integrador. Managua, 2006, pp. 54-61.

Capítulo V. Anexos

5.1. Encuesta

Encuesta

“Trastorno distímico en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020”

Paciente: _____ Expediente _____

Encuestador: _____

Conteste según se le pregunta:

A: Características demográficas

1. Edad:

60- 70 años _____

71- 80 años _____

81-90 años _____

Mayor y/o igual a 91 años _____

2. Sexo: Hombre () Mujer ()

3. Estado civil: Casado(a) () Soltero(a) () Viudo(a) ()

4. Grado de escolaridad: Primaria () Secundaria () Bachillerato () Ninguno () Otro: _____ (Especificar).

5. Factores de Riesgo: *

*Ocupación actual: _____

*De quién depende económicamente: _____

*Sus Familiares lo apoyan a Ud. cuando tiene alguna necesidad: SI () NO ()

a. Atención medica: SI () NO () Algunas Veces ()

b. Alimentación SI () NO () Algunas Veces ()

c. Recibe cariño o comprensión por parte de su familia: SI () NO () Algunas Veces ()

d. Recibe apoyo de otro tipo: SI () NO () DE QUE TIPO: _____

*Se queda solo en casa durante la mayor parte del día: SI () NO ()

*Padece de alguna enfermedad en específico: SI () NO () CUÁL: _____

*Las respuestas a los rubros anteriores solo serán para identificar probables factores de riesgo asociados a la aparición de depresión en la población a estudiar.

B: Comorbilidades de los adultos mayores

DM Tipo2 _____ HTA _____ Cardiopatía _____ Secuela de ACV _____

Hipertrofia Prostáticas benigna_____ Cáncer_____ ERC_____

Portador del Virus Inmunodeficiencia adquirida_____

Otros _____

C: Niveles de la depresión en el adulto mayor

0-10: Normal

11-15: Depresión leve

>15: Depresión establecida

5.2. Escala de Depresión Geriátrica

Escala de Depresión Geriátrica (YESAVAGE, 1986)

Instrucciones: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

- | | Si | No |
|---|----|----|
| ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | | |
| ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? | | |
| ¿Siente que su vida está vacía? | | |
| ¿Se encuentra a menudo aburrido? | | |
| ¿Tiene esperanza en el futuro? | | |
| ¿Tiene pensamiento que lo molesta? | | |
| ¿Está la mayor parte del tiempo de buen humor? | | |
| ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando? | | |
| ¿Se siente feliz muchas veces? | | |
| ¿Se siente a menudo abandonado? | | |
| ¿Está a menudo intranquilo e inquieto? | | |
| ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas? | | |
| ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro? | | |
| ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la Mayoría de la gente? | | |
| ¿Piensa que es maravilloso vivir? | | |
| ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico? | | |
| ¿Se siente bastante inútil en el medio en el que está? | | |
| ¿Está muy preocupado por el pasado? | | |
| ¿Encuentra la vida muy estimulante? | | |
| NO20 ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos? | | |
| ¿Se siente lleno de energía? | | |
| ¿Cree que mucha gente está peor que usted? | | |
| ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas? | | |
| ¿Tiene problemas para concentrarse? | | |
| ¿Frecuentemente siente ganas de llorar? | | |
| ¿Se siente mejor por las mañanas al levantarse? | | |

¿Prefiere evitar reuniones sociales?

¿Es fácil para usted tomar decisiones?

¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?

Cada respuesta en **Negrita** vale un punto: Puntuación 0-10: Normal, 11- 15 depresión leve., mayor de 15 depresión establecida

5.3. Tablas

Tabla No 1:

Características demográficas de los adultos mayores con trastornos distímico, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

Edad	Nº	%
60 - 70 años	215	64.5
71 – 80 años	50	15.0
81 – 90 años	54	16.2
Mayor de 91 años	14	4.2
Sexo		
Masculino	127	38.1
Femenino	206	61.8
Escolaridad		
Primaria	202	60.6
Secundaria	8	2.4
Bachiller	20	6.0
Ninguno	103	30.9
Estado Civil		
Casado	104	31.2
Soltero	28	8.4
Viudo	201	60.3

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No 2.

Factores asociados de los adultos mayores con trastornos distímico, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

Ocupación Actual	Nº	%
Sastre	2	0.6
Agricultor	28	8.4
Ganadero	3	0.9
Ninguno	300	90.0
Dependencia Económica		
Si	87	26.1
No	246	73.8
Dependencia Económica (87)		
Esposo (a) e hijos	58	66.6
Hijos / Hijo	19	21.8
Pensión	4	4.5
Hermanos	6	6.8
Sus Familiares lo apoyan a Ud. cuando tiene alguna necesidad		
Si	286	85.8
No	47	14.2
Tipo de apoyo (286)		
Atención Médica	89	31.1
Alimentación	130	45.4
Recibe cariño o compresión familiar	67	23.4
Se queda solo en casa	203	60.9
Padece de enfermedad crónica	296	88.8

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No 3:

Frecuencia de Comorbilidades del adulto mayor con trastornos de distímico atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=296

Enfermedades médicas crónicas	N_o	%
Hipertensión arterial	236	79.7
Cardiopatía	198	59.4
Secuela de ACV	89	30.0
Hipertrófica Prostática Benigna	13	3.9
ERC	5	1.5
EPOC	22	6.6
Diabetes Mellitus	212	63.3
No Padece de Enfermedad Crónica	97	29.1

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No. 4. A.

Escala de Depresión del Adulto Mayor según Yesavage, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020.

n=333

Escala de depresión del adulto mayor según Yesavage	Si		No	
	#	%	#	%
Se encuentra satisfecho con mi vida	299	89.7	34	10.3
Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses	146	43.8	187	56.2
Siento que mi vida está vacía	187	56.1	146	43.9
Me encuentro a menudo aburrido	168	50.4	165	49.6
Tengo esperanza en el futuro	232	69.6	101	30.4
Tengo pensamiento que me molesta	168	50.4	165	49.6
Estoy en la mayor parte del tiempo de buen humor	206	61.8	127	38.2
Tengo miedo de que algo malo me esté pasando	161	48.3	172	51.7
Me siente feliz muchas veces	224	67.2	109	32.8
Me siente a menudo abandonado	165	49.5	168	50.5
Estoy a menudo intranquilo e inquieto	168	50.6	165	49.4
Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas	194	58.4	139	41.6
Frecuentemente estoy preocupado por el futuro	179	53.7	154	46.3
Encuentro que tengo problemas de memoria que la mayoría de la gente	120	36.0	213	64.0
Me siente a menudo triste	178	53.4	155	46.6

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No. 4. B

Escala de Depresión del Adulto Mayor según Yesavage, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

Escala de depresión del adulto mayor según <i>Yesavage</i>	Si		No	
	#	%	#	%
Es maravilloso vivir	281	84.3	52	15.7
Menudo estoy desanimado y melancólico	172	51.6	161	48.4
Me siento inútil en el medio en el que estoy	157	47.1	176	52.9
Estoy muy preocupado por mi pasado	112	33.6	221	66.4
Encuentro mi vida muy estimulante	213	63.9	120	36.1
Es difícil poner en marcha nuevos proyectos	221	66.3	112	33.7
Me siento lleno de energía	228	68.4	105	31.9
Hay mucha gente está peor que usted	239	71.7	94	28.3
Estoy preocupado por pequeñas cosas	157	47.1	176	52.9
Tengo problemas para concentrarse	139	41.7	194	58.3
Siento ganas de llora	142	42.6	191	57.4
Se siente mejor por las mañanas al levantarse	198	59.4	135	40.6
¿Evito reuniones sociales?	127	38.1	206	61.9
Es fácil para usted tomar decisiones	142	42.6	191	57.4
Mi mente está tan clara como lo acostumbraba a estar	90	27.0	243	73.0

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No. 5

Escala de Depresión del Adulto Mayor según Yesavage, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

<i>Depresión</i>	N°	%
Normal	180	54.0
Depresión Leve	99	29.7
Depresión establecida	54	16.2
Total	333	100.0

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No. 6

Niveles de la depresión del adulto mayor, según características demográficas. Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

<i>Depresión / factores de Riesgo</i>	Normal		Depresión Leve		D. establecida	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo						
Masculino	60	18.0	33	9.9	34	10.2
Femenino	120	36.0	66	19.8	20	6.0
Escolaridad						
Ninguno	80	24.0	9	2.7	14	4.2
Algún Grado de escolaridad	100	30.0	90	27.	40	12.
Estado Civil						
Soltero / Viudo	78	23.4	16	4.8	10	3.0
Casado / acompañado	102	3.6	83	24.9	44	4.2
Ocupación Actual						
Sin Ocupación	4	1.2	8	2.4	21	6.3
Con ocupación	176	52.8	91	27.3	33	9.9
Dependencia Económica						
Con dependencia	5	1.5	75	22.5	7	2.1
Sin dependencia	175	52.5	24	7.2	47	14.1
Apoyo Familiar						
Sin apoyo	18	5.4	14	4.2	15	4.5
Con apoyo	162	48.6	85	25.5	39	1.1
Se queda solo en casa						
Si	105	31.5	76	22.8	22	6.6
No	75	22.5	23	6.9	32	9.6
Padece de enfermedades crónicas						
Con enfermedad	148	44.4	95	2.8	53	15.9
Sin enfermedad	32	9.6	4	1.2	1	0.3

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

5.4. Consentimiento Informado

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas

“Trastorno distímico en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020”

No Entrevista:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____

AUTORIZO DE FORMA VOLUNTARIA A REALIZAR ENTREVISTA SOBRE EL MI ESTADO DE ANIMO ANTE LA SOCIEDAD. SIN NINGUN TIPO DE COHESION, RESPONDIENDO A LAS PREGUNTAS, CON EL OBJETIVO DE MEJOR EL TRATO DE LOS ADULTOS MAYORES ANTE LA SOLICITUD DE UNA ATENSION EN SALUD, TODO LOS QUE SE DIGAN SERA UTILIZADOS CON PROPOSITOS ACADEMICOS Y DE FORMA CONFIDENCIAL.

RACCN, MULUKUKU, A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DEL AÑO 2020

FIRMA DEL ENTREVISTADO

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

ANEXOS # 1

Tabla No 1:

Características demográficas de los adultos mayores con trastornos distímico, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

Edad	Nº	%
60 - 70 años	215	64.5
71 – 80 años	50	15.0
81 – 90 años	54	16.2
Mayor de 91 años	14	4.2
Sexo		
Masculino	127	38.1
Femenino	206	61.8
Escolaridad		
Primaria	202	60.6
Secundaria	8	2.4
Bachiller	20	6.0
Ninguno	103	30.9
Estado Civil		
Casado	104	31.2
Soltero	28	8.4
Viudo	201	60.3

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No 2.

Factores asociados de los adultos mayores con trastornos distímico, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

Ocupación Actual	Nº	%
Sastre	2	0.6
Agricultor	28	8.4
Ganadero	3	0.9
Ninguno	300	90.0
Dependencia Económica		
Si	87	26.1
No	246	73.8
Dependencia Económica (87)		
Esposos (a) e hijos	58	66.6
Hijos / Hijo	19	21.8
Pensión	4	4.5
Hermanos	6	6.8
Sus Familiares lo apoyan a Ud. cuando tiene alguna necesidad		
Si	286	85.8
No	47	14.2
Tipo de apoyo (286)		
Atención Médica	89	31.1
Alimentación	130	45.4
Recibe cariño o comprensión familiar	67	23.4
Se queda solo en casa	203	60.9
Padece de enfermedad crónica	296	88.8

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No 3:

Frecuencia de Comorbilidades del adulto mayor con trastornos de distímico atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=296

Enfermedades médicas crónicas	N_o	%
Hipertensión arterial	236	79.7
Cardiopatía	198	59.4
Secuela de ACV	89	30.0
Hipertrófica Prostática Benigna	13	3.9
ERC	5	1.5
EPOC	22	6.6
Diabetes Mellitus	212	63.3
No Padece de Enfermedad Crónica	97	29.1

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No. 4. A.

Escala de Depresión del Adulto Mayor según Yesavage, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

Escala de depresión del adulto mayor según <i>Yesavage</i>	Si		No	
	#	%	#	%
Se encuentra satisfecho con mi vida	299	89.7	34	10.3
Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses	146	43.8	187	56.2
Siento que mi vida está vacía	187	56.1	146	43.9
Me encuentro a menudo aburrido	168	50.4	165	49.6
Tengo esperanza en el futuro	232	69.6	101	30.4
Tengo pensamiento que me molesta	168	50.4	165	49.6
Estoy en la mayor parte del tiempo de buen humor	206	61.8	127	38.2
Tengo miedo de que algo malo me esté pasando	161	48.3	172	51.7
Me siente feliz muchas veces	224	67.2	109	32.8
Me siente a menudo abandonado	165	49.5	168	50.5
Estoy a menudo intranquilo e inquieto	168	50.6	165	49.4
Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas	194	58.4	139	41.6
Frecuentemente estoy preocupado por el futuro	179	53.7	154	46.3
Encuentro que tengo problemas de memoria que la mayoría de la gente	120	36.0	213	64.0
Me siente a menudo triste	178	53.4	155	46.6

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No. 4. B

Escala de Depresión del Adulto Mayor según Yesavage, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

Escala de depresión del adulto mayor según <i>Yesavage</i>	Si		No	
	#	%	#	%
Es maravilloso vivir	281	84.3	52	15.7
Menudo estoy desanimado y melancólico	172	51.6	161	48.4
Me siento inútil en el medio en el que estoy	157	47.1	176	52.9
Estoy muy preocupado por mi pasado	112	33.6	221	66.4
Encuentro mi vida muy estimulante	213	63.9	120	36.1
Es difícil poner en marcha nuevos proyectos	221	66.3	112	33.7
Me siento lleno de energía	228	68.4	105	31.9
Hay mucha gente está peor que usted	239	71.7	94	28.3
Estoy preocupado por pequeñas cosas	157	47.1	176	52.9
Tengo problemas para concentrarse	139	41.7	194	58.3
Siento ganas de llora	142	42.6	191	57.4
Se siente mejor por las mañanas al levantarse	198	59.4	135	40.6
¿Evito reuniones sociales?	127	38.1	206	61.9
Es fácil para usted tomar decisiones	142	42.6	191	57.4
Mi mente está tan clara como lo acostumbraba a estar	90	27.0	243	73.0

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No. 5

Escala de Depresión del Adulto Mayor según Yesavage, atendidas en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

<i>Depresión</i>	N°	%
Normal	180	54.0
Depresión Leve	99	29.7
Depresión establecida	54	16.2
Total	333	100.0

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020

Tabla No. 6

Niveles de la depresión del adulto mayor, según características demográficas. Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III trimestre 2020. n=333

<i>Depresión / factores de Riesgo</i>	Normal		Depresión Leve		D. establecida	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo						
Masculino	60	18.0	33	9.9	34	10.2
Femenino	120	36.0	66	19.8	20	6.0
Escolaridad						
Ninguno	80	24.0	9	2.7	14	4.2
Algún Grado de escolaridad	100	30.0	90	27.	40	12.
Estado Civil						
Soltero / Viudo	78	23.4	16	4.8	10	3.0
Casado / acompañado	102	3.6	83	24.9	44	4.2
Ocupación Actual						
Sin Ocupación	4	1.2	8	2.4	21	6.3
Con ocupación	176	52.8	91	27.3	33	9.9
Dependencia Económica						
Con dependencia	5	1.5	75	22.5	7	2.1
Sin dependencia	175	52.5	24	7.2	47	14.1
Apoyo Familiar						
Sin apoyo	18	5.4	14	4.2	15	4.5
Con apoyo	162	48.6	85	25.5	39	1.1
Se queda solo en casa						
Si	105	31.5	76	22.8	22	6.6
No	75	22.5	23	6.9	32	9.6
Padece de enfermedades crónicas						
Con enfermedad	148	44.4	95	2.8	53	15.9
Sin enfermedad	32	9.6	4	1.2	1	0.3

Fuente: Encuesta a adultos mayores que acudieron al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, III Trimestre 2020