



Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

**Prevalencia de depresión y su relación con enfermedades crónico
degenerativas en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud N.4 Carlos
Elizalde. Cuenca 2023**

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Médico

Autor:

Oscar Ismael Duchitanga Ordoñez

Gissela Elizabeth Vásquez Patiño

Director:

José Vicente Roldán Fernández

ORCID:  0000-0003-3406-4101

Cuenca, Ecuador

2024-07-09

Resumen

Antecedentes: La depresión es una patología común en el adulto mayor cuya coexistencia con enfermedades crónicas degenerativas pueden repercutir en el progreso del trastorno afectivo o de estas enfermedades, de manera uni o bidireccional (1). **Objetivos:** Determinar la prevalencia de depresión y su relación con las enfermedades crónicas y degenerativas en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde. **Métodos:** Estudio analítico transversal realizado en 288 adultos mayores, en quienes se determinó la prevalencia de depresión a través de la escala de Yesavage. Se buscó la relación existente entre las enfermedades crónico degenerativas más comunes de la población estudiada y la depresión. **Resultados:** El estudio estuvo conformado por un 68.4% de personas entre 65 - 75 años, 57.6% de mujeres, 55.9% de casados, 80.2% de mestizos, 66% de personas con educación primaria, 81.3% sin jubilación y 82.6% que viven acompañados. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron hipertensión arterial (55.9%), artrosis (26.7%) y diabetes mellitus tipo 2 (22.9%). La prevalencia de depresión en adultos mayores fue de 24.7%. Se encontró significancia estadística ($p < 0.05$) con un bajo nivel de instrucción y con la presencia de hiperplasia prostática benigna (HPB); además, un riesgo de (OR: 2.513; IC 95%: 1.174 - 5.379) y (OR: 3.246; IC 95%: 1.012 - 10.409), respectivamente. **Conclusiones:** La prevalencia de la depresión fue de 24.7%. Existe asociación entre la depresión y el bajo nivel académico e HPB.

Palabras clave del autor: depresión, enfermedades crónicas, enfermedades degenerativas, adultos mayores, prevalencia



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Background: Depression is a common pathology in older adults whose coexistence with chronic degenerative diseases can impact the progress of the affective disorder or these diseases, unidirectionally or bidirectionally (1). **Objectives:** Determine the prevalence of depression and its relationship with chronic and degenerative diseases in older adults treated at the Carlos Elizalde Health Center. **Methods:** Cross-sectional analytical study carried out in 288 older adults, in whom the prevalence of depression was determined through the Yesavage scale. The relationship between the most common chronic degenerative diseases of the studied population and depression was sought. **Results:** The study was made up of 68.4% of people between 65 - 75 years old, 57.6% of women, 55.9% of married people, 80.2% of mestizos, 66% of people with primary education, 81.3% without retirement and 82.6% living accompanied. The most frequent chronic diseases were high blood pressure (55.9%), osteoarthritis (26.7%) and type 2 diabetes mellitus (22.9%). The prevalence of depression in older adults was 24.7%. Statistical significance ($p < 0.05$) was found with a low level of education and with the presence of benign prostatic hyperplasia (BPH); Furthermore, a risk of (OR: 2.513; 95% CI: 1.174 - 5.379) and (OR: 3.246; 95% CI: 1.012 - 10.409), respectively. **Conclusions:** The prevalence of depression was 24.7%. There is an association between depression and low academic level and BPH.

Author keywords: depression, chronic diseases, degenerative diseases, older adults, prevalence



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Capítulo I	10
1.1 Introducción	10
1.2 Planteamiento del problema.....	11
1.3 Justificación	13
Capítulo II	15
2.1. Fundamento teórico	15
2.1.1 Depresión.....	15
2.1.2 Depresión en adultos mayores.....	16
2.1.3 Diagnóstico de depresión geriátrica	18
2.1.4 Enfermedades crónico degenerativas.....	18
Capítulo III	22
3.1 Hipótesis	22
3.2 Objetivo general.....	22
3.3 Objetivos específicos	22
Capítulo IV.....	23
4.1 Diseño del estudio	23
4.2 Área de Estudio	23
4.3 Universo y Muestra.....	23
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	24
4.5 Variables de estudio.....	24
4.6 Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información	25
4.7 Procedimientos	25
4.8 Plan de tabulación y análisis	26
4.9 Aspectos éticos.....	26
Capítulo V.....	28
5.1 Resultados.....	28
Capítulo VI.....	34
6.1 Discusión	34
Capítulo VII.....	38
7.1 Conclusiones.....	38
7.2 Recomendaciones.....	39

Referencias	40
-------------------	----

Anexos	47
--------------	----

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde en el 2023	29
Tabla 2. Enfermedades crónicas y degenerativas en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde.....	30
Tabla 3. Prevalencia de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde según la escala de depresión geriátrica	31
Tabla 4. Depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde según las enfermedades crónico degenerativas	32

Agradecimientos.

Agradecemos a Dios, por permitirnos culminar con salud y de la mejor manera la presente investigación, a nuestros familiares y amigos que nos apoyaron y motivaron de forma incondicional en la culminación de la misma.

De igual manera al doctor José Roldán por guiarnos durante la elaboración de esta tesis, por su tiempo, paciencia y dedicación. Al personal docente de la facultad de Ciencias Médicas, piezas clave en nuestra formación profesional y sobre todo de calidad humana.

A las autoridades y al personal del Centro de Salud Carlos Elizalde por recibarnos con gentileza y permitirnos realizar los procesos necesarios en su institución.

A los adultos mayores que fueron partícipes de la investigación, ya que nos permitieron compartir momentos y charlas enriquecedoras.

Oscar Duchitanga y Gissela Vásquez

Dedicatoria

Primeramente, me permito dedicar esta meta a Dios por brindarme sabiduría y salud para poder llevar con suma tranquilidad esta etapa de mi vida. Se lo dedico también a mis padres Héctor y Maritza, ya que sin su apoyo, motivación y bendiciones continuas me sería imposible este logro. A mis hermanos Edgar y Paulina que formaron parte de aquellos momentos de aprendizaje y crecimiento personal con mucho optimismo y diversión. A mi mamita Bertha por sus oraciones y cariño incondicional durante toda mi vida, así mismo a mis tíos y tías, en especial a mi tía Fanny por su constante deseo de superación y éxito hacia mi persona. También, se la dedico a mis amigos de la infancia Ariel, Gilmar, Jeamphier, importantes y presentes en cada momento de mi vida. A mis amigos coterráneos foráneos Ángel y Elvis, que fueron el alivio cómico durante incontables noches de gaming y estuvieron leales en aquellos momentos en los que los necesitaba. También se lo quiero dedicar a aquellas amistades que hice en la facultad, en las que fortalecí valores de lealtad, compañerismo y hermandad, en especial a mi amiga y compañera de tesis Gissela por su lealtad y amistad muy apreciada durante gran parte de la carrera, y por no dejar que el sentimiento de desesperanza nos invada frente a cada adversidad que se nos presentaba durante la investigación.

Oscar Ismael Duchitanga Ordoñez

Dedicatoria.

A mis padres Rosy y Geovanny. Por su amor, confianza y apoyo incondicional durante cada uno de los objetivos que me he planteado en mi vida, su sacrificio y dedicación han sido un pilar fundamental de mis logros que también son suyos. Gracias por enseñarme a luchar por mis sueños y a que mis acciones se basen en el amor y la empatía.

A mí hermano Andy, por ser mi ejemplo de superación y resiliencia. Tus palabras de aliento y motivación nunca faltaron durante los momentos difíciles y tu ayuda para atravesar cada obstáculo ha sido invaluable.

A cada miembro de mi familia, porque cada uno ha puesto un granito de arena durante mi formación académica y más aún en mi formación como persona. Gracias porque aunque estemos cerca o lejos, siempre estamos juntos para celebrar nuestros éxitos pero también para ser un soporte durante nuestras derrotas.

A mis amigas Danny, Geo, Michelle, Belén y Ale. Su amistad, compañía y conversaciones interminables fueron muchas veces lo que necesitaba para no rendirme en aquellas clases que parecían eternas e imposibles.

A mi amigo y compañero de tesis, Oscar. Por todo el trabajo en equipo, apoyo y paciencia durante este y todos los trabajos que pudimos hacer juntos, pero sobre todo por esa amistad bonita y sincera que me brindas.

A todos mis amigos, Oscar C, Oscar E, Jorgi, Juan, Emi y Anita, que llegaron para alegrar mi etapa final de la universidad, la llenaron de risas, lágrimas, canciones y momentos increíbles. Gracias por hacer de este último ciclo el mejor de todos.

Y por último, gracias a todas las personas que estuvieron conmigo brindándome su apoyo en distintos tramos de este camino tan largo y difícil; aunque por diferentes motivos hoy no están aquí, sé que se sentirán orgullosos de mí.

Gissela Elizabeth Vásquez Patiño

Capítulo I

1.1 Introducción

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la depresión es una enfermedad caracterizada por la presencia de tristeza y pérdida de interés por las actividades que antes se disfrutaba. Es una condición muy común en la actualidad y presenta repercusiones graves en la vida de las personas porque afecta de manera negativa los sentimientos, pensamientos y forma de actuar de quien lo padece. Para su diagnóstico es necesario que los síntomas depresivos provoquen un cambio en el funcionamiento normal de la persona y que estén presentes durante al menos 2 semanas (2). Sin embargo, se debe tener en cuenta que la gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona, etiología, factores de riesgo, entre otros.

Según la OMS, para el 2030, una de cada seis personas tendrá más de 60 años, y para el 2050 la población mayor a 60 años a nivel mundial se duplicará, alcanzando cifras de 2100 millones de individuos adultos mayores (3). Entre los padecimientos más comunes en el envejecimiento se encuentran: déficit auditivo, problemas visuales, dolor muscular, depresión, demencia y enfermedades crónicas como artrosis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes y enfermedades cardiovasculares, las cuales se ha demostrado que impactan en el estado emocional de esta población (4),(5).

Existen diversos factores de riesgo para la depresión en adultos mayores, entre ellos se puede mencionar situaciones sociales como: violencia, abandono o disfunción familiar, estado civil, pobreza o dependencia económica, y nivel educativo (2),(6). Otro factor importante es la presencia de enfermedades concomitantes como: diabetes, hipertensión arterial, antecedentes de infarto (7), entre otras. También es evidente que pertenecer al sexo femenino y tener limitación funcional para ciertas actividades de la vida diaria está relacionado con la posibilidad de presentar depresión (8).

Por la evidencia de que estas situaciones predisponen a desarrollar depresión en adultos mayores, se considera relevante la necesidad de indagar la prevalencia de la depresión en un centro de salud de nuestra ciudad, e investigar su relación con diferentes patologías que también son frecuentes en nuestro medio.

1.2 Planteamiento del problema.

La esperanza de vida en el Ecuador fue de 75 años en el 2010 y se prevé un incremento de la misma a 80,5 años para el 2050 (9). Esto se acompaña de un aumento en la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas a nivel nacional, convirtiendo a los adultos mayores en el grupo etario con mayores tasas de morbilidad, que conjuntamente con los padecimientos neuropsiquiátricos como la demencia y depresión, constituyen un problema prioritario para la salud pública (1).

La depresión es una patología de salud mental cada vez más frecuente para el sistema sanitario a nivel mundial por diferentes razones. Primero, representa una carga de morbilidad de 3,4%; segundo, es una de las principales causas de discapacidad, representando un 5.7% de años vividos con discapacidad en adultos mayores (1) y tercero, provoca cifras elevadas de mortalidad debido a los problemas de salud física y al suicidio; se estima que más de 700 mil personas al año deciden terminar con su vida por esta causa (10). Por último, es una carga económica importante para el sistema de salud (11). A pesar de estas aseveraciones, los países destinan sólo 2% del presupuesto de salud a la prevención y el tratamiento de trastornos mentales (12). Ecuador no es la excepción, pues en el año 2020 el MSP asignó sólo el 2,3% del presupuesto total devengado para la atención de enfermedades mentales (13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la depresión afecta a 280 millones de personas a nivel mundial (10). En los adultos mayores la depresión tiene una prevalencia del 7% y representa un 5.7% de años vividos con discapacidad. En Ecuador, la prevalencia de depresión en las personas mayores de 60 años alcanzó un 39% según la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), donde también se evidenció que esta patología aumenta conforme avanza la edad, es frecuente en condiciones socioeconómicas bajas y más común en mujeres que en hombres. (14)

Entre las situaciones reconocidas como un riesgo para desarrollar problemas en la salud mental están: bajo nivel socioeconómico, enfermedades crónicas, edad avanzada, entre otros. Además, se reconoce que la depresión influye en otras patologías y a su vez, diversas enfermedades influyen en la depresión (11).

Dentro de las causas importantes de mortalidad y morbilidad en el mundo se encuentran las patologías crónicas no transmisibles, este grupo de enfermedades representa el 71% de muertes a nivel global. De éstas, las que mayormente resaltan son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. En conjunto, las entidades mencionadas además de conllevar una carga funcional abarcan un

impacto a nivel psicológico, tal como se detalla en un estudio realizado en Loja - Ecuador, en el que existió gran significancia estadística entre la asociación de artrosis y depresión, presentando un riesgo de 1.5 veces de desarrollar depresión si se padece dicha enfermedad articular. (15)

Además, otro problema importante es el subdiagnóstico de depresión en adultos mayores. Esto puede ser atribuido a causas como la coincidencia de los síntomas de este trastorno con otros problemas experimentados en esta edad, por ejemplo, la falta de interés en las actividades cotidianas que puede estar presente en personas con dificultad para moverse. En este contexto, nos planteamos la pregunta ¿Cuál es la prevalencia de depresión y cómo se relaciona con las enfermedades crónicas degenerativas padecidas por los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde?

1.3 Justificación.

Debido a las mejores condiciones de vida y servicios de salud con las que actualmente cuenta la población, se ha evidenciado un incremento progresivo de la población adulta mayor a nivel nacional e internacional. Este hecho hace necesario focalizar los esfuerzos por conocer y actuar sobre los factores que intervienen en el estado de salud y calidad de vida de este grupo etario.

Un factor interviniente en la vida del adulto mayor es el desarrollo de trastornos de tipo afectivo, específicamente el depresivo que es incidente en esta población, por lo que su detección y tratamiento ayudan a mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones relacionadas, como el suicidio.

Otro factor relacionado es la presencia de problemas de salud que aumentan conforme la edad avanza, por esto las enfermedades crónicas constituyen una de las principales dolencias en estos pacientes y existe evidencia de la relación existente entre depresión en la vejez y trastornos médicos. Por este motivo es de vital importancia conocer las enfermedades más comunes en nuestra población adulta mayor.

La salud mental es un pilar fundamental de la salud y bienestar por lo que actualmente se desarrollan estrategias internacionales para combatir trastornos mentales. El Plan de acción mundial de la salud mental plantea como uno de sus objetivos el fortalecimiento de las investigaciones sobre salud mental con la participación de instituciones académicas, cuya tarea no solo es aportar con información científica relacionada con este trastorno afectivo, sino también detectar la magnitud del problema mediante el cálculo de prevalencias y determinación de los diferentes factores de riesgo de manera que sean útiles para la planificación de programas de promoción y prevención en relación a enfermedades mentales (11).

La presente investigación tiene en cuenta las “Prioridades de investigación en salud 2013 - 2017” del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Respecto a las áreas de investigación definidas, este trabajo pertenece al área de “Salud mental y trastornos del comportamiento”, dentro de la cual establecimos un Perfil Epidemiológico con datos actualizados y recopilados en el año 2023 del Centro de Salud.

Finalmente, los resultados de la investigación son publicados en el repositorio institucional de la Universidad de Cuenca y se facilitó una copia de los mismos a las autoridades del Centro de Salud Carlos Elizalde, para que los utilicen según crean conveniente en el desarrollo de programas de prevención e intervención. Esto beneficia a aquellos adultos

mayores que se atienden en el Centro de Salud por diferentes motivos y que no han sido diagnosticados de depresión ni reciben atención psicológica oportuna.

Capítulo II

2.1. Fundamento teórico

2.1.1 Depresión.

Según la OMS “la depresión es un trastorno mental común, que implica un estado de ánimo deprimido, o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos periodos de tiempo, pudiendo afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas relaciones familiares, de amistad y comunitarias, y que generalmente es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos” (10).

Por muchos años, la depresión ha pasado desapercibida y subdiagnosticada debido a la falta de conciencia social sobre la salud mental, y a que los síntomas de dicha patología pueden estar presentes en el curso de otras enfermedades médicas y psiquiátricas, es decir, no son síntomas patognomónicos de la enfermedad.

Existen dos sistemas diagnósticos clasificatorios principales: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que son utilizados para diagnosticar el trastorno depresivo mayor a nivel ambulatorio, hospitalario y comunitario (16).

Según el DSM-5, el trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios determinados de mínimo dos semanas de duración que implican cambios en el afecto, cognición y funciones neurovegetativas, y se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque suele ser recurrente (17). Los criterios diagnósticos dados por este sistema son:

A. Cinco o más de los siguientes síntomas presentes durante dos semanas, casi todos los días:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Anhedonia.
- Pérdida importante de peso o aumento de peso o disminución o aumento del apetito
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínico significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Etiología

La fisiopatología de la depresión está relacionada con las monoaminas, principalmente la serotonina, la cual al sufrir una desregulación en la interacción receptor-receptor alostérico en sus complejos hetero-receptores 5-HTA1, contribuyen a la etiología de depresión mayor (18).

En estudios se ha demostrado que los niveles de proteína relacionadas con la función mitocondrial y microfagia, influyen en la gravedad de los síntomas depresivos en la depresión mayor, por ende, una disfunción mitocondrial podría ser uno de los gatillos de esta patología (19).

El déficit de conectividad funcional frontal a nivel de la amígdala según estudios interviene en la patología depresiva mayor, por ello se han desarrollado técnicas como la estimulación transcutánea del vago, mediante la cual se logra modular la corteza prefrontal, logrando disminuir la puntuación en la escala de Hamilton, un cuestionario utilizado para el diagnóstico y evaluación de la recuperación en personas con depresión (20).

2.1.2 Depresión en adultos mayores.

La depresión en la edad geriátrica representa un problema para los pacientes, un mayor uso de los recursos sanitarios y una carga para los miembros de familia y sus cuidadores. Entre las causas de depresión en la vejez están: la discapacidad, el deterioro funcional, la inactividad física, factores psicosociales estresantes y diferentes comorbilidades.

Según la revisión sistemática de Maier, et al. (21), en cuanto a características sociodemográficas asociadas a depresión en adultos mayores se identificó como factores de riesgo a la edad avanzada y al hecho de ser mujer. Igualmente, en un estudio realizado en Perú sobre los factores asociados a depresión en adultos mayores se evidenció una mayor prevalencia de depresión en mujeres (22).

En cuanto al nivel de educación se ha evidenciado una relación entre un bajo nivel académico con el diagnóstico de depresión, como se evidencia en un estudio realizado en adultos mayores de nacionalidad peruana (23). En un estudio en pacientes que se recuperaban de un accidente cerebrovascular se concluyó que un mayor nivel educativo reduce el riesgo de depresión y ansiedad, pero su efecto es menos consistente en los adultos mayores (24). Se ha demostrado que el nivel educativo influye en cierto modo modulando la relación entre síntomas depresivos y funcionamiento cognitivo a los 5 años, lo que convierte a un mayor nivel de estudios en un factor protector contra los daños cognitivos a raíz de síntomas depresivos en el adulto mayor (25).

El estado civil pertenece a las variables sociales que influye en la depresión ya que se ha registrado que aquellos individuos en relación marital poseen una salud mental más sana en comparación con aquellos que son: solteros, viudos, separados y divorciados; existiendo a su vez una relación bidireccional entre ruptura matrimonial y depresión. Es sobre todo evidente en países orientales que la depresión es alta en japoneses solteros. Un metaanálisis de personas mayores de 55 años reflejó que el estar soltero es un factor de riesgo significativo de depresión en la vejez, pese a ello en mujeres de 75 a 85 años no se halló dicha asociación, sin embargo, en hombres divorciados y viudos las tasas de síntomas depresivos eran altas en comparación a individuos casados. (26)

Otro factor relacionado con la probabilidad de presentar depresión tanto en adultos mayores como en adultos jóvenes es la soledad objetiva o subjetiva. Esto ha sido evidenciado en diferentes tipos de estudios, entre ellos metaanálisis, que se han enfocado en la relación del aislamiento social con la depresión. (27), (28), (29). Las personas adultas mayores son aún más susceptibles a este sentimiento de soledad por diferentes circunstancias asociadas al envejecimiento, por ejemplo, la hipoacusia progresiva que presentan varios pacientes, la disminución de la capacidad intelectual, la jubilación, etc. Así también, cabe recalcar que la soledad puede afectar la salud en general de estos pacientes por la falta de acompañamiento durante los procesos de enfermedad que puedan enfrentar.

La relación entre la jubilación y la depresión puede ser hasta cierto punto contradictoria. Por un lado, como se mencionó anteriormente, la jubilación puede causar sentimientos de soledad o aburrimiento, llevando a experimentar síntomas depresivos. Por otra parte, las personas jubiladas pueden sentirse bien al descansar de las responsabilidades laborales, siempre y cuando cuenten con la remuneración económica suficiente para vivir con cierta tranquilidad. Sin embargo, una revisión sistemática y metaanálisis (30), arrojó como resultado la asociación significativa de síntomas depresivos con la jubilación, sobre todo cuando ésta fue involuntaria.

Adicionalmente, existe una relación bidireccional entre el deterioro cognitivo y la depresión en la vejez, de modo que los síntomas depresivos son comunes en pacientes con demencia. (31)

2.1.3 Diagnóstico de depresión geriátrica.

El diagnóstico de depresión en la vejez puede ser dificultoso debido a que las manifestaciones clínicas suelen ser menos llamativas al ser atribuidas como algo normal dentro del proceso de envejecimiento. En esta edad los síntomas más comunes son la anhedonia, irritabilidad, lentitud del pensamiento, insomnio de despertar precoz, disminución o pérdida del apetito o pérdida de peso.

En la historia clínica se debe indagar sobre los síntomas mencionados, inicio y evolución, antecedentes personales y familiares, posibles causas desencadenantes y fármacos administrados.

Conjuntamente se recomienda la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage que fue creada por Yesavage y Brink en 1986 y contaba con 30 ítems inicialmente pero en el año 1986 fue modificada por Yeik y Yesavage, presentando una versión con 15 ítems, que es la versión actualmente utilizada (32). Una de las ventajas de este test es su fácil interpretación. Si las preguntas 1, 5, 7, 11, 13 son respondidas con “no”, y las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 con un “sí” se asignará un punto a cada una de ellas, según el total de la suma de estos puntos los resultados se clasifican en tres categorías: normal (0 - 5), depresión leve (6 - 9), depresión establecida (10-15 puntos). Esta clasificación varía en la versión utilizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, en donde las categorías son: no depresión, probable depresión y depresión establecida.

Entre los diagnósticos diferenciales de depresión en adultos mayores se incluye el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, el duelo, el trastorno de adaptación, los trastornos del estado de ánimo relacionados con una afección médica general, el trastorno por consumo de sustancias y la demencia con estado de ánimo deprimido (31).

2.1.4 Enfermedades crónico degenerativas.

Las enfermedades crónico degenerativas son un tipo de patología que pueden abarcar una predisposición genética o ser adquiridas. Su desarrollo es progresivo, debilitando de manera física a órganos y tejidos, y de manera psicológica a los individuos que la padecen. Estas patologías afectan con mayor frecuencia a individuos de edad avanzada. En Estados Unidos seis de cada diez adultos poseen una enfermedad crónica, y cuatro de cada diez padece dos o más, sin embargo el 86% de los fallecimientos corresponden a países de bajos y medianos ingresos (33), (34).

El tratamiento a largo plazo que requieren este tipo de enfermedades conduce a un incremento en la demanda de servicios de salud y generalmente conlleva a una disminución de la calidad de vida del adulto mayor (35).

También existe evidencia acerca de que las enfermedades crónicas aumentan significativamente el riesgo de depresión, esto se demostró en distintos estudios analizados en la revisión sistemática de Maier A, et al. (21). Las enfermedades crónicas más comunes corresponden a las de tipo cardiovascular como infartos de miocardio y accidentes cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, hipertensión y enfermedades reumatológicas como la artritis. (33)

Depresión y enfermedad cardiovascular.

La enfermedad cardiovascular representa un problema de salud a nivel mundial. Existen diferentes tipos de enfermedades englobadas en este término, por ejemplo, la cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedades valvulares, entre otras.

Algunos estudios reflejan la asociación existente entre las enfermedades cardiovasculares y la depresión, poniendo en evidencia que la depresión es frecuente en pacientes con cardiopatía isquémica y a su vez, los pacientes deprimidos tienen más probabilidades de desarrollar aterosclerosis y experimentar eventos cardíacos importantes como infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular, en comparación con la población general (35), (36), (37).

Depresión e hipertensión arterial.

La incidencia de la hipertensión arterial aumenta conforme avanza la edad, por eso es una enfermedad muy frecuente en los pacientes ancianos. Es importante conocer que además representa uno de los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de enfermedades de tipo cardiovascular.

Con respecto a su relación con la depresión, el estudio de Gray y colaboradores demostraron una prevalencia importante de depresión e hipertensión concomitante (37) y en otro estudio se encontró una asociación significativa entre las dos enfermedades (38). Uno de los posibles causales de los síntomas de angustia y depresión en los pacientes hipertensos es el conocimiento que tienen acerca de las complicaciones de esta enfermedad, por ejemplo, el daño renal, que en los casos más graves puede llevar al

paciente a necesitar diálisis. Los pacientes sometidos a este tipo de tratamiento suelen experimentar varios problemas psicológicos, entre ellos, depresión (39).

Depresión y diabetes mellitus tipo 2.

La diabetes mellitus es una de las patologías metabólicas más frecuentes en la población adulta mayor. Diversos estudios evidencian una asociación bidireccional entre la diabetes y la depresión, es decir pacientes diabéticos tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión en comparación a la población sana; y por otro lado, la probabilidad de desarrollar diabetes en personas con trastornos del estado del ánimo es alta en comparación con la población que no tiene estos padecimientos. (40)

Los síntomas depresivos pueden presentarse como una reacción frente a los cambios de estilo de vida y hábitos alimenticios al que deben regirse las personas diabéticas. Otra causa es la mala adherencia al tratamiento antidiabético y la idea de los pacientes de llegar a presentar complicaciones la enfermedad (41). El curso clínico de la depresión puede variar o ser recurrente, sin embargo, en la mayoría de los casos los pacientes tienen depresión de larga duración con episodios de mejoría o empeoramiento. (42)

Depresión y EPOC.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología pulmonar que se caracteriza por una reducción en el flujo de aire, llevando al paciente a padecer dificultades respiratorias. Esta enfermedad no se cura, pero los pacientes pueden mejorar su calidad de vida evitando la exposición al tabaco, aplicando vacunas contra infecciones, usando fármacos adecuados, oxígeno y una adecuada rehabilitación pulmonar (43).

En estos pacientes, la salud mental se ve alterada por una capacitación deficiente o una baja aceptación del tratamiento médico, lo cual se ve reflejado en la alta incidencia de depresión en pacientes con EPOC, en comparación a aquellos individuos que no lo padecen (44)

Depresión y cáncer.

El cáncer es una enfermedad que causa un deterioro progresivo e implica causas físicas, sociales, económicas y psicológicas en los pacientes.

Una de las complicaciones más comunes en esta enfermedad son los trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad que se presentan por diferentes causas como la baja supervivencia, los cambios sociales, los altos costos que implica la enfermedad, entre otros (45).

A pesar de la repercusión que tienen las enfermedades mentales sobre la calidad de vida de estos pacientes, es frecuente que sean desatendidas debido a las necesidades de atención y al contexto clínico que involucra el cáncer por sí solo.

Depresión y artritis reumatoide.

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica inflamatoria con síntomas como dolor articular, rigidez y fatiga. El último síntoma mencionado junto con la dificultad para dormir que experimentan algunos pacientes artríticos son síntomas compartidos con la depresión.

Tal como se menciona en las enfermedades anteriores, la asociación entre esta enfermedad y la depresión es bidireccional, lo que implica una susceptibilidad a desarrollar depresión para los pacientes con artritis y un riesgo más alto de padecer artritis reumatoide en pacientes deprimidos (46). Algunos de los factores que influyen para la presencia de depresión en los pacientes con artritis reumatoide son la cronicidad de la enfermedad, el tratamiento, la progresión de la patología y la posibilidad de desarrollar discapacidad en un futuro. Además, se puede explicar de manera fisiopatológica y como desencadenante a la inflamación sistémica presente, la cual es una característica importante en la depresión (47).

Depresión y artrosis.

La artrosis u osteoartritis es una enfermedad articular crónica que se caracteriza por una afectación estructural de las articulaciones. Entre sus síntomas se encuentra el dolor articular, rigidez y limitación funcional. Esto provoca cambios en la calidad de vida de quienes padecen osteoartritis al ser susceptibles a una progresiva discapacidad. De hecho, la afectación física causada por la artrosis es una de las causas más importantes de discapacidad en el anciano. (48)

En la población adulta mayor la artrosis constituye una de las patologías más extenuantes debido a la limitación funcional producto del dolor, lo cual impacta negativamente en el estado afectivo del individuo, quienes se ven obligados a reducir su participación en actividades sociales y económicas (49). Otro factor a considerar es el dolor producido por la artrosis, el cual podría tener vínculos neurobiológicos con la depresión y las comorbilidades que se presentan con dicha enfermedad. (50)

Capítulo III

3.1 Hipótesis

La depresión está asociada a la presencia de enfermedades crónico degenerativas en el adulto mayor que es atendido en el Centro de Salud Carlos Elizalde.

3.2 Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión y su asociación con enfermedades crónico degenerativas en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca.

3.3 Objetivos específicos

- Caracterizar a los adultos mayores incluidos en el estudio según las condiciones sociodemográficas.
- Identificar las enfermedades crónicas y degenerativas más frecuentes que padecen los adultos mayores.
- Determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores incluidos en el estudio.
- Relacionar la depresión con las enfermedades crónico degenerativas más comunes de la población adulta mayor estudiada.

Capítulo IV

4.1 Diseño del estudio:

Se realizó un estudio analítico transversal.

4.2 Área de Estudio:

La investigación se realizó en adultos mayores que fueron atendidos en el centro de salud N.4 Carlos Elizalde, que corresponde al primer nivel de atención, tipo C, perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Este centro de salud se encuentra ubicado en las calles Vicente Melo y G. Esparza, Cuenca, Azuay.

4.3 Universo y Muestra:

Universo: Se consideró como universo a aquellos pacientes mayores de 64 años que fueron atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde durante el transcurso de la investigación.

Muestra: Debido a que el número exacto de la población que acudió al centro de salud durante el tiempo de nuestra investigación era desconocido se utilizó un cálculo de muestra infinita y se consideró un porcentaje de pérdidas del 10%

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2} \quad n = \frac{1,96^2 * 0,25 * 0,75}{0,05^2}$$

$$n = 288$$

Pérdidas estimadas: 29

$$n = 288 + 29 = 317$$

$$n = 317$$

Donde:

n = tamaño de muestra buscado.

Z = valor crítico para un nivel de confianza del 95% (1,96).

e = Error de estimación máximo aceptado (0,05).

p = probabilidad de que ocurra el evento estudiado (0,25).

q = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (0,75).

En la aplicación de esta fórmula: Z es 1.96 para un intervalo de confianza del 95%; para la probabilidad de que ocurra el evento se tomó como referencia la prevalencia de 25%, resultado de un estudio observacional en adultos mayores que acuden a un hospital público en Quito (51); la probabilidad de que no ocurra el evento es igual a " $q = 1 - p$ " (en este caso $1 - 0,25 = 0,75$), con un margen de error del 5% se obtiene como resultado $n = 288$ como tamaño de la muestra.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión:

En este estudio se incluyó:

- Adultos mayores atendidos en el centro de salud Carlos Elizalde
- Adultos mayores a 64 años de edad
- Adultos mayores que desearon participar y firmaron el consentimiento informado.

Se excluyó a:

- Adultos mayores con discapacidad cognitiva verificada en el carnet de discapacidad o en la historia clínica.
- Adultos mayores con discapacidades auditivas, visuales o de lenguaje y que no acudan con un acompañante al momento de aplicar la encuesta.

4.5 Variables de estudio:

En el presente estudio se incluyó las siguientes variables:

Variables control: sociodemográficas

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil
- Autoidentificación étnica
- Nivel de instrucción
- Jubilación
- Convivencia

Variables independientes: enfermedades crónicas y degenerativas

- Enfermedad cardiovascular
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus tipo 2
- EPOC

- Cáncer
- Artritis Reumatoide
- Artrosis

Variable dependiente: Depresión.

Operacionalización de las variables: (Anexo A).

4.6 Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

Método: Se utilizó un método observacional y de correlación.

Técnicas: Se socializó con los adultos mayores la información contenida en el consentimiento informado (Anexo B) y una vez firmado este documento se procedió con la aplicación del formulario. La recolección de la información es de fuente primaria, es decir se mantuvo un contacto directo con el adulto mayor en las instalaciones del Centro de Salud Carlos Elizalde, de esta manera se garantiza que los datos obtenidos son verídicos y reflejan resultados objetivos para la posterior consolidación de datos y análisis de la información.

Instrumentos: Se aplicó un formulario (Anexo C) que contiene tres partes: 1. características sociodemográficas, 2. enfermedades crónicas y degenerativas de la población adulta mayor, y 3. escala de Yesavage para la detección de depresión geriátrica, utilizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Para la interpretación de la misma, se sumó el puntaje y los resultados obtenidos de esta escala se clasifican en tres categorías:

- No depresión (0-5 puntos)
- Probable depresión (6-9 puntos)
- Depresión establecida (10-15 puntos)

4.7 Procedimientos:

Autorización: Para la aprobación de nuestro protocolo de investigación se mantuvo una entrevista con las autoridades del Centro de Salud Carlos Elizalde, en la que comunicamos el deseo de realizar esta tesis en dicha institución y se solicitó una carta de interés por su parte, la misma que fue correspondida (Anexo D). Después, este trabajo fue presentado ante el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y ante el Comité de Bioética para su aprobación.

Capacitación: Se realizó una capacitación por parte de los autores del proyecto, quienes como evaluadores leyeron las preguntas a los pacientes sin realizar ningún tipo de interpretación de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy

meditada. La respuesta debe ser “sí” o “no” y hace referencia a cómo se ha sentido el paciente en la última semana. El tiempo estimado de la aplicación del formulario es de 15 minutos.

Supervisión y proceso: La supervisión de la elaboración del formulario, el levantamiento de datos, la tabulación, análisis y presentación de resultados estuvo a cargo del director de tesis, Dr. José Roldán Fernández.

4.8 Plan de tabulación y análisis:

Los resultados obtenidos de la investigación guardan coherencia con los objetivos planteados. Para el análisis y tabulación de datos se utilizó la plataforma de software IBM® SPSS® versión 25, los mismos que son presentados mediante tablas simples y de contingencia.

El análisis estadístico de las características sociodemográficas se realizó mediante una tabla multivariable que muestra la frecuencia y el porcentaje correspondiente. De igual manera, se identificaron las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes según los valores absolutos y el porcentaje ordenado de mayor a menor. Para evaluar la relación de la depresión y las enfermedades crónico-degenerativas se usó la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05; además, para determinar el tipo de asociación se calculó el Odds Ratio para un intervalo de confianza del 95%.

4.9 Aspectos éticos.

Esta tesis requirió que los participantes acepten ser parte del estudio y firmen el consentimiento informado previo al llenado de formulario y encuesta (Anexo B), siendo realizado por voluntad propia y sin ningún tipo de persistencia por parte de los investigadores.

Fue necesaria la aprobación del Consejo Directivo y Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca para proceder con el levantamiento y recopilación de la información en el Centro de Salud Carlos Elizalde, cuyas autoridades manifestaron previamente su interés en que realizáramos nuestra investigación en su institución.

Con este estudio pretendimos elaborar un perfil epidemiológico que sirva como referencia para el Centro de Salud Carlos Elizalde ya que teniendo datos claros sobre la realidad en cuanto a salud mental de sus pacientes adultos mayores podrán hacer mayor énfasis y optimizar sus recursos enfocándose en la detección de depresión, lo que permitirá una intervención temprana y la posibilidad de reducir su gravedad. Una de las acciones que

podrían realizar es diseñar programas de promoción de la salud mental y física, que incluya actividades recreativas, grupos de apoyo, etc; otra opción sería realizar capacitaciones sobre salud mental específicamente en población adulta mayor. Esto resulta beneficioso para los participantes del estudio y para todos los adultos mayores ya que se tiene como finalidad preservar y mejorar su bienestar integral.

La Investigación se realizó bajo la supervisión del director de tesis, doctor José Roldán, quien cuenta con experiencia en trabajos investigativos. Adicionalmente, los autores nos comprometemos a:

- Trabajar con ética siendo respetuosos, honestos y responsables al dirigirnos con los entrevistados.
- Asegurar los derechos de autonomía y confidencialidad de los participantes del estudio, por lo que aplicamos encuestas donde no consta información personal como nombre y número de cédula.
- Asegurar que los datos recolectados son utilizados únicamente para fines investigativos.

Estos puntos permiten que el riesgo existente para los participantes sea mínimo, ya que no traspasa la confidencialidad de los datos obtenidos en las encuestas.

Los autores contamos con los conocimientos necesarios para realizar este trabajo de investigación al haber aprobado las asignaturas pertinentes de la Carrera de Medicina, como Bioestadística 1 y 2, Metodología de la investigación 1 y 2, psiquiatría y geriatría.

En la redacción del informe final se buscó prevenir el plagio de todo tipo y respetar el principio de la propiedad intelectual, motivo por el que se utilizó el gestor bibliográfico Zotero.

Conflicto de intereses: Los investigadores declaramos no tener conflicto de intereses.

Capítulo V

5.1 Resultados.

Población de estudio

El presente estudio estuvo conformado por un total de 288 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud N.4 Carlos Elizalde, en la ciudad de Cuenca, Azuay. De estos pacientes, se excluyó a 6 personas que presentaron un alto nivel de hipoacusia, y 5 personas con discapacidad visual y sin acompañantes lo que impidió una correcta comunicación entre entrevistador y entrevistado. Adicionalmente, 18 personas decidieron no ser parte del estudio o no concluyeron la encuesta, dando como resultado final 288 participantes de la tercera edad en esta investigación.

Ilustración 1. Flujograma de participantes

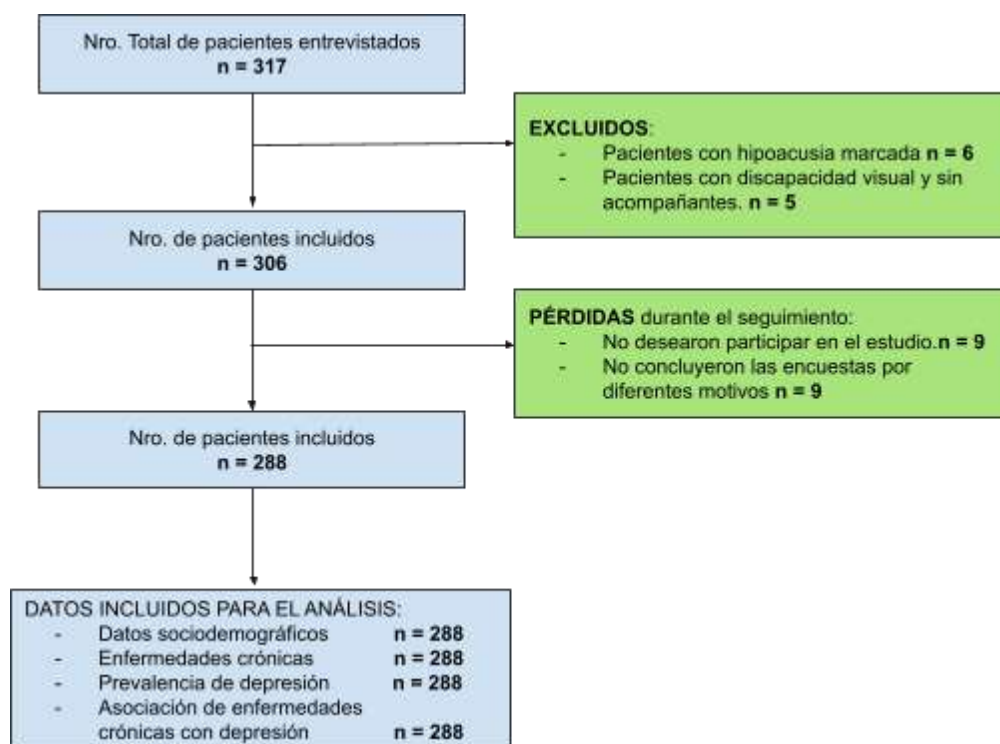


Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde en el 2023.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	65 - 75	197	68.4%
	76 - 85	72	25.0%
	> 85	19	6.6%
Sexo	Hombre	122	42.4%
	Mujer	166	57.6%
Estado civil	Soltero/a	26	9.0%
	Casado/a	161	55.9%
	Viudo/a	63	21.9%
	Divorciado/a	34	11.8%
	Unión de hecho.	4	1.4%
Autoidentificación étnica	Mestizo	231	80.2%
	Blanco	36	12.5%
	Indígena	18	6.3%
	Montubio	1	0.3%
	Otro	2	0.7%
	Afroamericano	0	0.0%
Nivel de instrucción	Analfabeto	31	10.8%
	Primaria	190	66.0%
	Secundaria	40	13.9%
	Superior	27	9.4%
Jubilación	Si	54	18.8%
	No	234	81.3%
Convivencia	Vive solo	50	17.4%
	Vive acompañado	238	82.6%

Fuente: base de datos.

Elaboración: los autores.

Referente a las variables sociodemográficas, para una población de 288 individuos, el 68.4% tenían una edad comprendida entre 65 - 75 años y solo un 6,6% era mayor a 85 años. La mayoría de encuestados fueron: de sexo femenino con un 57.6%, de estado civil casado con un 55.9%, el 80.2% se autoidentificaba como mestizo, un 66% tenía como nivel educativo la primaria, el 81.3% no contaba con jubilación y finalmente el 82.6% Vivían acompañados. Por otro lado, el estado civil menos común fue el de unión de hecho representando un 1.4%, entre los encuestados hubo un adulto mayor autoidentificado como montubio (0,3%) y ningún afroamericano. Finalmente el nivel educativo que menos prevalece en la población que acudió al Centro de Salud fue el nivel superior con un 9.4%.

Tabla 2. Enfermedades crónicas y degenerativas en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde.

		Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad cardiovascular	Si	20	6.9%
	No	268	93.1%
Hipertensión Arterial	Si	161	55.9%
	No	127	44.1%
Diabetes mellitus tipo 2	Si	66	22.9%
	No	222	77.1%
EPOC	Si	3	1.0%
	No	285	99.0%
Cáncer	Si	13	4.5%
	No	275	95.5%
Artritis reumatoide	Si	11	3.8%
	No	277	96.2%
Artrosis	Si	77	26.7%
	No	211	73.3%
HPB	Si	12	4.2%
	No	276	95.8%
Hipotiroidismo	Si	23	8.0%
	No	265	92.0%

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

HPB: hiperplasia prostática benigna

Fuente: base de datos.

Elaboración: los autores.

Con respecto a las enfermedades crónicas, las que se presentaron con mayor frecuencia entre los adultos mayores entrevistados fueron la hipertensión arterial con un 55.9%, artrosis con el 26.7% y diabetes mellitus tipo 2 con el 22.9%. Por otro lado, de las enfermedades inicialmente incluidas en el estudio, las menos frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la artritis reumatoide y el EPOC con un 6.9%, 4.5%, 3.8% y 1%, respectivamente. Además, como hallazgo adicional se identificó que el 8% de la población tenía diagnóstico de hipotiroidismo y un 4.2% tenía hiperplasia prostática benigna.

Tabla 3. Prevalencia de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde según la escala de depresión geriátrica.

		Frecuencia	Porcentaje
Depresión	No depresión	141	49.0%
	Probable depresión	76	26.4%
	Depresión establecida	71	24.7%

Fuente: base de datos.

Elaboración: los autores.

La prevalencia de depresión establecida en este grupo de adultos mayores fue de 24.7%, la mayoría de adultos mayores no presentaron depresión representado con un 49%, y aquellos que tenían sospecha de depresión alcanzaron un 26%.

Tabla 4. Depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde según las enfermedades crónico degenerativas.

		Depresión				p valor	Odds Ratio	IC 95%	
		Sí		No					
		F	%	F	%				
Edad	> 75 años	23	25.3%	68	74.7%	0.868	1.050	0.591	1.864
	65 - 75 años	48	24.4%	149	75.6%				
Sexo	Mujer	44	26.5%	122	73.5%	0.395	1.269	0.733	2.197
	Hombre	27	22.1%	95	77.9%				
Estado civil	Sin pareja	31	25.2%	92	74.8%	0.852	1.053	0.613	1.808
	Con pareja	40	24.2%	125	75.8%				
Nivel de instrucción	Nivel bajo	62	28.1%	159	71.9%	0.015*	2.513	1.174	5.379
	Nivel alto	9	13.4%	58	86.6%				
Jubilación	Si	9	16.7%	45	83.3%	0.131	0.555	0.256	1.201
	No	62	26.5%	172	73.5%				
Convivencia	Vive solo	11	22.0%	39	78.0%	0.632	0.837	0.403	1.737
	Vive acompañado	60	25.2%	178	74.8%				
Enfermedad cardiovascular	Si	7	35.0%	13	65.0%	0.266	1.716	0.657	4.486
	No	64	23.9%	204	76.1%				
HTA	Si	43	26.7%	118	73.3%	0.361	1.288	0.746	2.224
	No	28	22.0%	99	78.0%				
DM 2	Si	17	25.8%	49	74.2%	0.813	1.079	0.574	2.029
	No	54	24.3%	168	75.7%				
EPOC	Si	1	33.3%	2	66.7%	0.726	1.536	0.137	17.194
	No	70	24.6%	215	75.4%				
Cáncer	Si	6	46.2%	7	53.8%	0.066	2.769	0.899	8.533
	No	65	23.6%	210	76.4%				
AR	Si	5	45.5%	6	54.5%	0.103	2.664	0.788	9.011
	No	66	23.8%	211	76.2%				
Artrosis	Si	24	31.2%	53	68.8%	0.121	1.580	0.884	2.825
	No	47	22.3%	164	77.7%				
HPB	Si	6	50.0%	6	50.0%	0.037*	3.246	1.012	10.409
	No	65	23.6%	211	76.4%				
Hipotiroidismo	Si	9	39.1%	14	60.9%	0.093	2.105	0.869	5.097
	No	62	23.4%	203	76.6%				
Total		71	24.7%	217	75.3%				

* Diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$ según chi cuadrado de

Pearson HTA: hipertensión arterial

DM 2: diabetes mellitus tipo 2

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

AR: artritis reumatoide

HPB: hiperplasia prostática benigna.

Fuente: base de datos.

Elaboración: los autores.

La prevalencia de depresión fue similar entre pacientes de 65 - 75 años de edad y mayores a 75 años, con 24.4 y 25.3%, respectivamente; en personas con pareja (24.2%) y sin pareja (25.2%). En cambio, fue más alta en mujeres (26.5%) versus hombres (22.1%), en los adultos mayores con bajo nivel de educación (28.1%) en contraste a aquellos con un nivel alto (13.4%), en los adultos mayores que no tienen jubilación (26.5%) frente a los jubilados (16.7%) y en aquellos que los que viven acompañados (25.2%) en comparación a los que viven solos (22%).

Con respecto a las enfermedades crónicas, la depresión fue más frecuente en los pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular (35.0%), hipertensión arterial (26.7%), EPOC (33.3%), cáncer (46.2%), artritis reumatoide (45.5%), artrosis (31.2%), hiperplasia prostática benigna (50%) e hipotiroidismo (39.1%), que en los pacientes sin estos diagnósticos. La depresión fue similar en los pacientes con diabetes mellitus (25.8%) que en aquellos sin la enfermedad (24.3%)

De aquellas diferencias presentadas, se encontró significancia estadística ($p < 0.05$) para las variables de nivel de instrucción y HPB. Sin embargo, existe un valor de probabilidad para la variable de cáncer que se acerca a la significancia estadística ($p = 0.06$), siendo necesario un estudio con población más amplia para su mejor dilucidación.

Se establece una relación de riesgo para bajo nivel de instrucción (OR: 2.513; IC 95%: 1.174 - 5.379) y diagnóstico de HPB (OR: 3.246; IC 95%: 1.012 - 10.409).

Capítulo VI

6.1 Discusión.

En este estudio se analizó la prevalencia de depresión y su relación con algunas enfermedades crónicas degenerativas en 288 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde en Cuenca - Ecuador.

El estudio estuvo conformado en su mayoría por mujeres y por personas con edad entre 65 - 75 años. Estos resultados coinciden con los expuestos en la investigación de Calderón, en Quito, 2018 (51), donde las mujeres representaron un 55.6 % y la edad media fue de 72.68 años. También en Estados Unidos 2019, Hooker (52) realizó un estudio en el que predominó la edad entre 65 - 75 años (48.9%) y mujeres (58.33%). En un estudio realizado por Abarza y Zuñiga en Chile (53), obtuvieron similares resultados con una mayoría de mujeres (75%) y la franja etaria más frecuente fue 65 - 69 años con un porcentaje de 32%. La semejanza de los resultados sobre la mayor presencia de mujeres en los estudios es evidente ya que a nivel mundial las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres.

Con respecto al estado civil, la mayor parte de los participantes estaban casados. Sierra, Vargas, et al. Ecuador 2022, tuvieron de la misma manera un número de personas casadas (45.94%) superior a los demás estados civiles. En Chile, Aravena, et al 2020 (54), el total de adultos mayores casados (49.4%) también coincide con los estudios anteriores. Por otro lado, en el estudio de Liegert et al, 2023 (55), el mayor número de participantes eran viudos (61.9%); esta diferencia con los resultados anteriormente mencionados puede deberse a que los participantes de su estudio tenían más de 85 años.

El estado de convivencia en nuestros pacientes reveló que viven acompañados. Esto es similar al resultado de Sisa y Vega, Ecuador 2021 (56), donde esta población representó un 89.47%. Valenzuela, Perú 2021 (57), llegaron a la conclusión de que el 78.3% de adultos mayores participantes de su estudio no vivían solos. Así también, Fingerhut, Rusia 2021 (58), tuvieron también un alto porcentaje (71.3%) de adultos mayores que viven acompañados.

En cuanto al nivel académico, la mayoría se encontraba en el grupo de educación primaria, tal como lo corroboran Sisa y Vega (56), donde el 60.13 % de la población tuvo el mismo nivel educativo. Segura, Hernández, et al. Colombia - 2018 (8), publicaron su estudio en donde se demuestra que el 53.14% tuvo educación primaria básica. A diferencia de estos resultados, Hussenoeder, et al, Alemania 2020 (59), demostraron que el nivel de educación

más prevalente en su población es la secundaria, lo que podría ser explicado por el gran desarrollo académico que tienen en el país.

La mayor parte de la población se auto identificó como mestiza. Este hecho es parecido al resultado de Sisa (56), donde los mestizos representaron un 64.54%. En cambio, Rodríguez, 2022 (60), tuvo solo un 2% de personas mestizas y un 87% de blancos. Así mismo, Mohebbi, 2019 (61) en su estudio sobre depresión de adultos mayores en Estados Unidos y Australia determinó que la mayoría de la población (93.5%) era blanca/caucásica.

El 81.3% de los participantes no contaron con jubilación. Esto difiere de los resultados de la investigación de Calderón, donde las personas jubiladas representaron el 84,39%, esta diferencia es evidente al ser su estudio realizado en una institución médica que forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Así también, Dziedzic, et al, Polonia 2022 (62), determinó que el 73.3 % de la población contaba con jubilación, ya sea por edad o por discapacidad, en este contexto, el motivo del mayor número de participantes jubilados se explica porque el estudio fue realizado en un país con un alto nivel socioeconómico.

Mediante el estudio se determinó que las enfermedades crónicas más frecuentes son la hipertensión arterial, la artrosis y la diabetes tipo 2 con un 55.9%, 26.7% y 22.9% respectivamente. Esto resultados se corresponden con: un estudio realizado en Cuenca y publicado por Buenaño en 2019 (63), un estudio prospectivo observacional realizado por Failoc-Rojas y Meoño en Chiclayo, Perú 2022 (64), y al de Meher, Muhammad y Gharge, India 2021 (65) . Podemos decir que el envejecimiento al conllevar numerosos cambios fisiológicos, aunado a una dieta mediterránea tradicional a menudo rica en carbohidratos refinados y grasas saturadas, reflejan la prevalencia de este grupo de enfermedades en esta parte del mundo, lo cual es compatible con el perfil epidemiológico del adulto mayor ecuatoriano.

Por otro lado encontramos que las patologías crónicas de menor frecuencia son enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la artritis reumatoide y el EPOC con un 6.9%, 4.5%, 3.8% y 1%, respectivamente. Esto es similar al estudio de Buenaño (63) donde se señala que la enfermedad pulmonar crónica con el 1.5%, el infarto agudo de miocardio con el 1.3% y el cáncer con el 1% son las de menor prevalencia. Del mismo modo en el estudio de Meher et al. (65) se encontró que las patologías crónicas del adulto mayor menos prevalentes fueron: infartos de miocardio y cáncer con un 5.2% y 0.7% respectivamente, lo cual se asemeja al del presente estudio pese a que la población incluida pertenece a la región de Asia Oriental.

En la presente investigación se descubrió una prevalencia de depresión establecida en el adulto mayor de 24.7%. Este porcentaje es semejante al encontrado en un estudio de Rusia (58) en la que la prevalencia de depresión en el adulto joven-mayor fue de 27.5% , pero es bajo a comparación de los resultados del estudio de Failoc-Rojas y Meoño donde hallaron una prevalencia del 30.8% (64). Por otro lado, es alta en contraste con los estudios de Bonilla-Sierra et al. que describen una prevalencia de 13.26% (15), y el de Buenaño que encontró el 12.9%. (63)

En este estudio observamos que, de las variables incluidas, sólo el nivel de instrucción y la presencia de hiperplasia prostática benigna mostraron una significancia estadística ($p < 0.05$), con odds ratio (OR) de 2.5 para bajo nivel académico y 3.2 para hiperplasia prostática benigna. Esto se relaciona con la presencia de barreras nacionales en cuanto a acceso educativo, y la evolución propia de la enfermedad crónica que implica la presencia de síntomas incómodos, problemas del sueño y el impacto psicológico de los tratamientos que influyen concomitantemente en la calidad de vida del adulto mayor. Además, los resultados resaltan la complejidad de la relación entre enfermedades crónicas y depresión, y se contrastan con las conclusiones de Buenaño (63), cuyo estudio encontró que la osteoartritis se asoció significativamente con la depresión, con un riesgo 1.5 veces mayor para aquellos afectados; y a los hallazgos de Bonilla-Sierra et al. (15), en el que su análisis multivariado reveló riesgos sustancialmente más altos para la depresión en individuos con cáncer (OR de 8.29) y diabetes (OR de 2.03). Estas discrepancias subrayan la variabilidad en las asociaciones específicas entre enfermedades crónicas y la depresión, indicando la necesidad de una comprensión más detallada de los factores que contribuyen a esta compleja relación.

Implicaciones para la práctica:

- Implementar programas comunitarios de salud que permitan chequeos regulares para la detección temprana y manejo proactivo de la hipertensión, artrosis y diabetes.
- Dar prioridad a campañas de concientización para fomentar una dieta equilibrada, ejercicio constante y hábitos saludables.
- Indagar las variables que podrían predisponer a los pacientes con hiperplasia prostática benigna y cáncer, a desarrollar síntomas depresivos.
- Desarrollar servicios de salud mental específicos para pacientes con enfermedades crónicas, integrando la atención psicológica en los centros de atención primaria.
- Promover un enfoque integral que considere no sólo la condición médica, sino también la salud mental y emocional en el manejo de enfermedades crónicas.

Limitaciones:

- La relación causa-efecto en este estudio transversal no es definitiva. Por lo tanto, se sugiere realizar un estudio longitudinal con una muestra más amplia. Este enfoque permitiría dar seguimiento a la evolución de las variables con el paso del tiempo, posibilitando una comprensión más profunda de las asociaciones y proporcionando una base más sólida para interpretar los resultados.

Capítulo VII

7.1 Conclusiones.

- La mayor parte de la población en estudio estuvo conformada por adultos mayores entre 65 - 75 años, mujeres, casados, mestizos, con educación primaria, sin jubilación y que vivían acompañados.
- La enfermedad más prevalente fue la hipertensión arterial, seguida de osteoartritis y diabetes mellitus tipo 2.
- La prevalencia de depresión establecida en los adultos mayores fue de 24.7%.
- Se encontró una asociación significativamente estadística de la depresión en adultos mayores con un bajo nivel de instrucción y el diagnóstico de hiperplasia prostática benigna. Además, el hecho de tener cáncer se acercó a la significancia estadística.

7.2 Recomendaciones.

- Incentivar la aplicación pertinente de los test diagnósticos de depresión para adultos mayores para evitar pasar por desapercibida esta enfermedad mental.
- Realizar estudios prospectivos en pacientes adultos mayores con cáncer con el objetivo de determinar la relación existente de causa - efecto entre dicha enfermedad y la depresión.
- Difundir información sobre los programas de escolarización inconclusa impartidos por el Ministerio de Educación y motivar la participación de los adultos y adultos mayores en los mismos.

Referencias

1. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
2. What Is Depression? [Internet]. [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
3. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Erwin D, Chen P. Hearing Loss in the Elderly. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580566/>
5. Fässberg M, Cheung G, Canetto S, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):166-94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720055/>
6. Erazo M, Fors M. Depression: An experience of the Hospital for the Elderly, Quito, Ecuador, 2018. *Bionatura*. 2020;5(3):1230-6. Disponible en: <https://www.revistabionatura.com/2020.05.03.11.html>
7. Goñi A, De la Cámara C, Gracia P. Factores de riesgo de depresión de inicio en la edad tardía del anciano: una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*. 1 de mayo de 2021;28(2):100310. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2021.01.001>
8. Segura A, Hernández J, Cardona D, Segura A, Muñoz D, Jaramillo D. Depression in the elderly: A study in three cities of Colombia. *Salud Uninorte*. 2018;34(2):409-19. Disponible en: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/fr/biblio-1004593>
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 17 de junio de 2023]. Proyecciones Poblacionales. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
10. OMS. Depresión [Internet]. [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
11. OMS. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030 [Internet]. [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
12. Mitchell C. OPS insta a aumentar la inversión en salud mental. American Health Organization / World Health Organization. 2019 [citado 16 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-3-2019-ops-insta-aumentar-inversion-salud-mental#:~:text=Seg%C3%BAn%20un%20nuevo%20informe%2C%20los,el%20tratamiento%20de%20estos%20trastornos>.

13. MSP. Informe técnico de evaluación. Plan Nacional Estratégico de Salud Mental. 2014-2017. [Internet]. [citado 2 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Evaluacion-Plan-Salud-Mental_2014-2017_24_08_2022_Final1-signed.pdf
14. Freire W, Rojas E, Pazmiño L, Fornasini M, Tito S, Buendía P., et al. Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador 2009–2010. 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323383689_EncuestaNacional_de_Salud_Bienestar_y_Envejecimiento_SABE_I_Ecuador_2009-2010
15. Bonilla P, Vargas A, Davalos V, Leon F, Lomas M. Chronic Diseases and Associated Factors among Older Adults in Loja, Ecuador. *Int J Environ Res Public Health*. junio de 2020;17(11):4009. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17114009>
16. Malhi G, Mann J. Depression. *Lancet*. 24 de noviembre de 2018;392(10161):2299-312. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
17. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Editorial médica panamericana; 2013.
18. Borroto D, Ambrogini P, Chruścicka B, Lindskog M, Crespo M, Hernández J, et al. The Role of Central Serotonin Neurons and 5-HT Heteroreceptor Complexes in the Pathophysiology of Depression: A Historical Perspective and Future Prospects. *Int J Mol Sci*. 15 de febrero de 2021;22(4):1927. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms22041927>
19. Scaini G, Mason B, Diaz A, Jha M, Soares J, Trivedi M, et al. Dysregulation of mitochondrial dynamics, mitophagy and apoptosis in major depressive disorder: Does inflammation play a role? *Mol Psychiatry*. febrero de 2022;27(2):1095-102. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01312-w>
20. Liu J, Fang J, Wang Z, Rong P, Hong Y, Fan Y, et al. Transcutaneous vagus nerve stimulation modulates amygdala functional connectivity in patients with depression. *Journal of Affective Disorders*. 15 de noviembre de 2016;205:319-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.003>
21. Maier A, Riedel S, Pabst A, Luppa M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One*. 13 de mayo de 2021;16(5):e0251326. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>
22. Herrera F. Factores asociados a trastorno depresivo mayor en adultos mayores residentes en el Perú: estudio poblacional basado en la Endes 2018. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2020 [citado 21 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2940>

23. Baldeón F. Variables sociodemográficas asociadas a la depresión del adulto mayor peruano en el año 2017. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2019 [citado 21 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1727>
24. Samudio M, Toussaint P, Estrada B, Martínez J, Rodríguez M, Hernández C, et al. Education Level Modulates the Presence of Poststroke Depression and Anxiety, But It Depends on Age. *J Nerv Ment Dis.* 1 de agosto de 2023;211(8):585-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37184446/>
25. Cano I, Aliño M, Duque A, Martínez P, Almela M, García M, et al. Educational level as a protective factor against the influence of depressive symptoms on cognition in older adults: implications for functional independence during a 10-year follow-up. *Int Psychogeriatr.* agosto de 2021;33(8):813-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1041610221000272>
26. Bulloch A, Williams J, Lavorato D, Patten. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *J Affect Disord.* 1 de diciembre de 2017;223:65-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.007>
27. Lambert V, Imbimbo E, Franceschi A, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *International Psychogeriatrics.* julio de 2022;34(7):657-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1041610221000399>
28. Doménech J, Mundó J, Haro J, Rubio M. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders.* 1 de marzo de 2019;246:82-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>
29. Isik K, Başoğlu C, Yildirim H. The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors. *Perspect Psychiatr Care.* enero de 2021;57(1):351-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppc.12572>
30. Wentao L, Ye X, Zhu D, He P. The Longitudinal Association Between Retirement and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Epidemiol.* 1 de octubre de 2021;190(10):2220-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/aje/kwab125>
31. Reynolds C, Lenze E, Mulsant B. Chapter 23 - Assessment and treatment of major depression in older adults. En: Dekosky ST, Asthana S, editores. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2019 [citado 4 de julio de 2023]. p. 429-35. (Geriatric Neurology; vol. 167). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804766-8.00023-6>

32. Gómez C, Campo A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*. 2011;10(3):735-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64722377008.pdf>
33. OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
34. CDC. Chronic Diseases in America | CDC [Internet]. 2022 [citado 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/infographic/chronic-diseases.htm>
35. Pivato C, Chandiramani R, Petrovic M, Nicolas J, Spirito A, Cao D, et al. Depression and ischemic heart disease. *Int J Cardiol*. 1 de octubre de 2022;364:9-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2022.05.056>
36. Bucciarelli V, Caterino A, Bianco F, Caputi C, Salerni S, Sciomer S, et al. Depression and cardiovascular disease: The deep blue sea of women's heart. *Trends in Cardiovascular Medicine*. 1 de abril de 2020;30(3):170-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2019.05.001>
37. Gray C, Sims O, Hyejung O. Prevalence and Predictors of Co-occurring Hypertension and Depression Among Community-Dwelling Older Adults. *J Racial Ethn Health Disparities*. abril de 2020;7(2):365-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00665-x>
38. Farhadi A, Javadian H, Vahedparast H, Marzban M, Nemati R, Larijani B, et al. Association between depression and blood pressure in community-dwelling older adults: focus on Bushehr elderly health (BEH) program. *BMC Public Health*. 17 de agosto de 2023;23(1):1565. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16288-1>
39. Zegarow P, Manczak M, Rysz J, Olszewski R. The influence of cognitive-behavioral therapy on depression in dialysis patients – meta-analysis. *Arch Med Sci*. 16 de enero de 2020;16(6):1271-8. Disponible en: <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.88019>
40. Sartorius N. Depression and diabetes. *Dialogues Clin Neurosci*. marzo de 2018;20(1):47-52. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/nsartorius>
41. Mukherjee N, Chaturvedi SK. Depressive symptoms and disorders in type 2 diabetes mellitus. *Curr Opin Psychiatry*. septiembre de 2019;32(5):416-21. DOI:10.1097/YCO.0000000000000528
42. Lloyd CE, Nouwen A, Sartorius N, Ahmed H, Alvarez A, Bahendeka S, et al. Prevalence and correlates of depressive disorders in people with Type 2 diabetes: results from the International Prevalence and Treatment of Diabetes and Depression (INTERPRET-DD) study, a collaborative study carried out in 14 countries. *Diabet Med*. junio de 2018;35(6):760-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/dme.13611>

43. COPD - DynaMed [Internet]. [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/condition/copd#GUID-648F25DB-3D51-46D7-BAD7-B85802E5881F>
44. Siraj R, Alrajeh A, Aldabayan YS, Aldhahir A, Alqahtani J, Alghamdi S, et al. Attitudes, confidence, barriers and current practice of managing depression in patients with COPD in Saudi Arabia: a national cross-sectional survey. *BMJ Open*. 8 de mayo de 2023;13(5):e069670. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069670>
45. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ (Clinical research ed)* [Internet]. 25 de abril de 2018 [citado 13 de junio de 2023];361. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>
46. Xue Q, Pan A, Gong J, Wen Y, Peng X, Pan J, et al. Association between arthritis and depression risk: a prospective study and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 1 de agosto de 2020;273:493-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.038>
47. Moudi S, Heidari B, Yousefghahari B, Gholami R, Gholinia H, Babaei M. The prevalence and correlation of depression and anxiety with disease activity in rheumatoid arthritis. *Reumatologia*. 2023;61(2):86-91. Disponible en: <https://doi.org/10.5114/reum/154905>
48. Paz J, González M, Aparicio J. Artrosis: patogenia y desarrollo. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 1 de octubre de 2002;46(5):401-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-artrosis-patogenia-desarrollo-13038048>
49. Parmelee P, Behrens EA, Costlow K, Cox S, DeCaro J, Keefe F, et al. Momentary Associations of Osteoarthritis Pain and Affect: Depression as Moderator. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 5 de julio de 2022;77(7):1240-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab221>
50. Zheng S, Tu L, Cicuttini F, Zhu Z, Han W, Antony B, et al. Depression in patients with knee osteoarthritis: risk factors and associations with joint symptoms. *BMC Musculoskelet Disord*. 7 de enero de 2021;22:40. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03875-1>
51. Calderón D, Calderón G, Calderón V, Checa J. Prevalencia de depresión en adultos mayores que asisten a consulta externa de un hospital público, Quito 2018. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*. 28 de septiembre de 2020;19(1):6-13. Disponible en: <https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n1.2020.445>
52. Hooker K, Phibbs S, Irvin V, Mendez C, Doan L, Li T, et al. Depression Among Older Adults in the United States by Disaggregated Race and Ethnicity. *Gerontologist*. 17 de septiembre de 2019;59(5):886-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geront/gny159>

53. Morales LEA, Bastías RMZ. Depresión en adultos mayores y su relación con la actividad física y sedentarismo en Talca, Chile. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 29 de octubre de 2021;5(5):9719-33. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.1017
54. Aravena J, Saguez R, Lera L, Moya M, Albala C. Factors related to depressive symptoms and self-reported diagnosis of depression in community-dwelling older Chileans: A national cross-sectional analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. julio de 2020;35(7):749-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.5293>
55. Liegert P, Pabst A, Conrad I, van den Bussche H, Eisele M, Hajek A, et al. The effect of depressive symptoms on quality of life and its different facets in the oldest age population: evidence from the AgeQualiDe prospective cohort study. *Qual Life Res*. 28 de octubre de 2023; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37897642/>
56. Sisa I, Vega R. Prevalence of depression in older adults living in Ecuador and contributing factors: a population-based study. *Rev salud pública*. 1 de marzo de 2021;23(2):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n2.85965>
57. Valenzuela M, Ccama J, Urrunaga D, Runzer F, Parodi J. Association between depressive symptoms and disability in older adults of 12 high Andean communities from Peru. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 10 de noviembre de 2023];37(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.5619>
58. Von Fingerhut G, Mizukami K, Yam D, Makarov K, Kim Y, Kondyurina E, et al. Social and physical factors related to depression in the older population of Siberia, Russia: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 23 de abril de 2021;21(1):272. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02225-7>
59. Hussenoeder F, Jentzsch D, Matschinger H, Hinz A, Kilian R, Riedel S, et al. Depression and quality of life in old age: a closer look. *Eur J Ageing*. 25 de mayo de 2020;18(1):75-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00573-8>
60. Rodríguez M, Pérez L, Marrero Y, Rodríguez A, Pérez D, Peña Y. Depresión en la tercera edad. *Archivo Médico Camagüey*. 23 de abril de 2022;26(0):8459. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8459>
61. Mohebbi M, Agustini B, Woods R, McNeil J, Nelson M, Shah R, et al. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. *Int J Geriatr Psychiatry*. agosto de 2019;34(8):1208-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.5119>

62. Dziedzic B, Idzik A, Kobos E, Sienkiewicz Z, Kryczka T, Fidecki W, et al. Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health. 2 de noviembre de 2021;21:1976. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12029-4>
63. Buenaño L. Deterioro cognitivo, depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores. Cuenca 2014. RFCM. 2 de octubre de 2019;37(2):13-20. Disponible en: <https://doi.org/10.18537/RFCM.37.02.02>
64. Failoc V, Meoño A. Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo. Revista Colombiana de Psiquiatría. octubre de 2021;50(4):285-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.002>
65. Meher T, Muhammad T, Gharge S. The association between single and multiple chronic conditions and depression among older population in India: A comparative study between men and women. Int J Geriatr Psychiatry. enero de 2022;37(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34633709/>

Anexos

Anexo A. Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad.	Cronología	Años cumplidos.	65 - 75 76 - 85 >85
Sexo	Características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana	Fenotipo	Condición de ser hombre o mujer	Hombre Mujer
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Criterio legal	Cédula de identidad.	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión de hecho
Autoidentificación étnica	Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y voluntaria su pertenencia a una nacionalidad o pueblo.	Identidad	Etnia con la que se identifica el encuestado, o grupo étnico a que pertenece	Indígena Blanco Mestizo Afroecuatoriano Montubio
Nivel de instrucción	Grado de instrucción que un individuo posee al acudir a un centro de educación formal reconocido por un gobierno.	Escolaridad	Años de estudio aprobados	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
Jubilación	Acto administrativo por el que un trabajador en activo, por cuenta propia o ajena, solicita pasar a una situación pasiva o de inactividad laboral tras haber alcanzado la edad legal para ello.	Derecho social	Situación actual de actividad laboral al momento de la encuesta.	Si No
Convivencia	Es la coexistencia física y pacífica entre individuos o grupos que deben compartir un espacio.	Social	Formulario de recolección de datos	Solo Acompañado

Enfermedad cardiovascular	Tipo de enfermedad que afecta el corazón o los vasos sanguíneos.	Patología	Antecedente de la enfermedad (arritmias, insuficiencia cardíaca, arteriopatía coronaria, valvulopatías cardíacas) al momento de la encuesta.	Si No
Hipertensión arterial	Enfermedad en la que los vasos sanguíneos presentan presiones altas persistentemente.	Patología	Antecedente de la enfermedad al momento de la encuesta.	Si No
Diabetes Mellitus tipo 2	Enfermedad metabólica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre.	Patología	Antecedente de la enfermedad al momento de la encuesta.	Si No
EPOC	Patología pulmonar, que se caracteriza por una reducción en el flujo de aire, llevando al paciente a padecer dificultades respiratorias.	Patología	Antecedente de la enfermedad al momento de la encuesta.	Si No
Cáncer	Enfermedad en la que las células del cuerpo se multiplican descontroladamente y se diseminan a otros tejidos.	Patología	Antecedente de la enfermedad al momento de la encuesta.	Si No
Artritis reumatoide	Enfermedad que cursa con inflamación de las articulaciones y tejido adyacente.	Patología	Antecedente de la enfermedad al momento de la encuesta.	Si No
Artrosis	Enfermedad degenerativa articular caracterizada por la destrucción del cartílago hialino que recubre las superficies óseas.	Patología	Antecedente de la enfermedad al momento de la encuesta.	Si No
Depresión	Trastorno mental caracterizado por tristeza persistente y	Epidemiología	Test de Yesavage	0 - 5: normal. 6 - 10: probable

	pérdida de interés por actividades cotidianas.			depresión. 10 - 15: depresión establecida.
--	--	--	--	---

Anexo B. Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Prevalencia de depresión y su relación con enfermedades crónico degenerativas en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud N.4 Carlos Elizalde. Cuenca 2023.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador	Oscar Ismael Duchitanga Ordoñez	1900774074	Universidad de Cuenca.
Investigador	Gissela Elizabeth Vásquez Patiño	0923736664	Universidad de Cuenca.

¿De qué se trata este documento?
De la manera más comedida y respetuosa le invitamos a usted a participar en este estudio, que se realizará en el Centro de Salud N.4 Carlos Elizalde. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio y cuál será su participación si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento necesario para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a casa y lea este documento con sus familiares u otras personas de su confianza.
Introducción
Los investigadores del estudio nos planteamos la importancia de determinar el número de pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde que tengan depresión y otras enfermedades crónicas debido a que evidencia reciente indica que esta enfermedad puede influir negativamente en la calidad de vida de estas personas.
Objetivo del estudio
El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de depresión y su asociación con enfermedades crónico degenerativas en adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca.
Descripción de los procedimientos
Se le entregará un formulario con preguntas acerca de datos como su edad, sexo, estado civil, autoidentificación étnica, nivel de instrucción, jubilación y estado de convivencia, además de una interrogante sobre el diagnóstico de algunas enfermedades. Se trabajará con una población de 288 adultos mayores. La recolección de la información será realizada directamente y de manera personal con el adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud Carlos Elizalde. El análisis y tabulación de esta información será utilizada únicamente con fines académicos para la culminación de esta investigación.
Riesgos y beneficios
Mediante este estudio pretendemos determinar la prevalencia de depresión y la relación que existe con enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, en aquellos pacientes adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Carlos Elizalde, con el fin de elaborar un perfil epidemiológico que sirva como base para futuras estrategias de prevención, promoción, e intervención en este grupo etario, lo cual es beneficioso para el centro de salud, el adulto mayor y sus familiares. Además, el riesgo existente es mínimo, ya que no traspasa la confidencialidad de los datos obtenidos en las encuestas.
Otras opciones si no participa en el estudio.
Los adultos mayores tienen la libertad o no de participar en el estudio

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

1. Recibir la información del estudio de forma clara;
2. Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
3. Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
4. Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
5. Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
6. Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
7. El respeto de su anonimato (confidencialidad);
8. Que se respete su intimidad (privacidad);
9. Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
10. Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
11. Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
12. Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
13. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0986680646 que pertenece a Oscar Ismael Duchitanga Ordoñez o envíe un correo electrónico a oscar.duchitanga@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Ismael Morocho Malla, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: ismael.morocho@ucuenca.edu.ec

Anexo C. Formulario de recolección de datos.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
CARRERA DE MEDICINA

Prevalencia de depresión y su relación con enfermedades crónico degenerativas en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud N.4 Carlos Elizalde. Cuenca 2023

Formulario N°:	
----------------	--

INSTRUCCIONES: Marque con una X la opción que usted crea correspondiente. Solicitamos se digne a responder con sinceridad.

Edad:	65 - 75 años 76 - 85 años > 85	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Sexo	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>
Estado civil	Soltero Casado Viudo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Divorciado Unión de hecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autoidentificación étnica	Indígena Blanco Mestizo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Afroamericano Montubio Otro: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nivel de instrucción	Analfabeto Primaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Secundaria Superior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Es usted jubilado?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es su estado de convivencia?	Vive solo	<input type="checkbox"/>	Vive acompañado	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad?	Enfermedad cardiovascular Hipertensión arterial Diabetes Mellitus tipo 2 EPOC Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide Artrosis Ninguna Otra: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

Instrucciones: responda con una X a cada pregunta según como se ha sentido usted durante la **ÚLTIMA SEMANA**

1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si_____No _____
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si_____No _____
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si_____No _____
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si_____No _____
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	Si_____No _____
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si_____No _____
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si_____No _____
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si_____No _____
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si_____No _____
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si_____No _____
11	¿Cree que es maravilloso estar vivo?	Si_____No _____
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si_____No _____
13	¿Se siente lleno de energía?	Si_____No _____
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	Si_____No _____
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que Usted?	Si_____No _____

Anexo D. Carta de interés.



A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente manifiesto que el proyecto titulado: **"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD N.4 CARLOS ELIZALDE, CUENCA 2023."** es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto tomando en cuenta el importante número de población adulta mayor atendida en esta institución.

Informo también que la participación del Centro de salud N.4 Carlos Elizalde, es libre y voluntaria; y, que en caso de solicitar datos anonimizados o seudonimizados esta institución cuenta con la capacidad de entregar los datos de manera anonimizada o seudonimizada según lo establecido en la Ley Orgánica De Protección De Datos Personales.

Además, los investigadores han manifestado que cuentan con los insumos necesarios para la ejecución del proyecto de Investigación. Por tanto, la institución no contempla algún tipo de financiamiento para el desarrollo de este estudio.

Se aclara que este documento no constituye la autorización, ni la aprobación del proyecto, o del uso de insumos o recursos humanos de la institución. Además, se informa que una vez que la investigación sea aprobada por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos autorizado por el Ministerio de Salud Pública, el Investigador principal podrá solicitar los datos de los sujetos de estudio o datos de salud anonimizados o seudonimizado, debiendo adjuntar el protocolo de investigación aprobado y la carta de aprobación emitida por el CEISH.

En caso de que el investigador requiera de talento humano o insumos de un establecimiento público sanitario para la ejecución de un proyecto de investigación, debe suscribir un convenio según como lo determine establecimiento público sanitario, en base a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00011 -2020, "Reglamento de suscripción y ejecución de convenios del MSP", publicado en Registro oficial – Edición especial No. 590 de 20 de mayo de 2020. Cabe señalar que el proyecto de investigación previo a la suscripción del convenio deberá contar con la aprobación de un CEISH aprobado por MSP.

Cuenca, 26 de junio de 2023.

Dra. Alexandra Cabrera
Coordinadora del
Centro de Salud N.4 Carlos Elizalde.



Dirección: Av. El Paraiso s/n. Junto al Hospital Vicente Corral Moscoso. Telf: 593-7-4051000 Ext.: 3165
Web: www.ceish.ucuenca.edu.ec
Correo: ceish@ucuenca.edu.ec
Cuenca - Ecuador