



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Depresión en el adulto mayor REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Médico General

Autores

Arévalo Chavarrea Johanna Nataly

Cepeda Asqui Ana Lucía

Tutor

Dra. Zilma Diago Alfes

Riobamba, Ecuador. 2023

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **Johanna Nataly Arévalo Chavarrea**, con cédula de ciudadanía **0605062744** y **Ana Lucía Cepeda Asqui** con cédula de ciudadanía **0604274563**, autoras del trabajo de investigación titulado: **Depresión en el adulto mayor REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad.

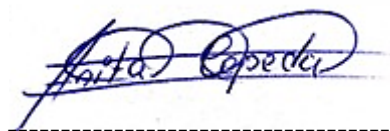
Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 28 de febrero del 2023



Arévalo Chavarrea Johanna Nataly

CI: 0605062744



Cepeda Asqui Ana Lucía

CI:0604274563

APROBACIÓN DEL TUTOR

Doctora Zilma Diago Alfes, docente de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO

Haber asesorado y revisado el informe final del trabajo de investigación titulado “**Depresión en el adulto mayor REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**”, presentado por el estudiante **Ana Lucía Cepeda Asqui** con **C.I. 0604274563**, que cumple con los parámetros establecidos por la institución, por lo tanto, queda **APROBADO Y APTO PARA PRESENTARSE A LA DEFENSA**

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente,



Dra. Zilma Diago Alfes

Docente tutor del trabajo de investigación con fines de titulación carrera de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud

UNACH

Correo Electrónico: zdiago@unach.edu.ec

Teléfono: 0979078582

APROBACIÓN DEL TUTOR

Doctora Zilma Diago Alfes, docente de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO

Haber asesorado y revisado el informe final del trabajo de investigación titulado “**Depresión en el adulto mayor REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**”, presentado por el estudiante **Johanna Nataly Arévalo Chavarrea** con **C.I. 0605062744**, que cumple con los parámetros establecidos por la institución, por lo tanto, queda **APROBADO Y APTO PARA PRESENTARSE A LA DEFENSA**

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente,



Dra. Zilma Diago Alfes

Docente tutor del trabajo de investigación con fines de titulación carrera de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud

UNACH

Correo Electrónico: zdiago@unach.edu.ec

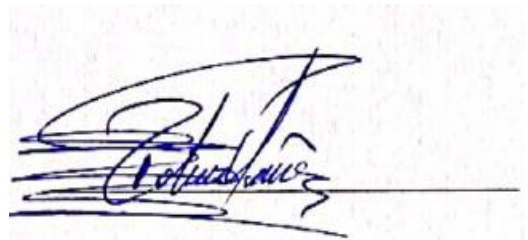
Teléfono: 0979078582

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

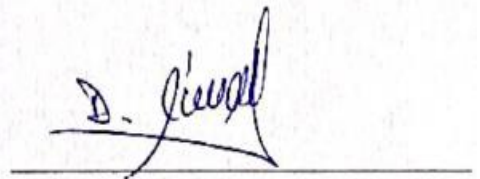
Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Depresión en el adulto mayor REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**, presentado por Johanna Nataly Arévalo Chavarrea, con cédula de ciudadanía 0605062744 y Ana Lucía Cepeda Asqui con cédula de ciudadanía 0604274563, bajo la tutoría de la Dra. Zilma Diago Alfes; certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 28 de febrero del 2023

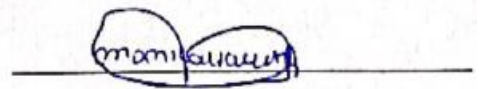
Dr. Patricio Vásconez Andrade
PRESIDENTE DELEGADO DEL DECANO

Handwritten signature of Dr. Patricio Vásconez Andrade in blue ink, written over a horizontal line.

Dr. Wilson Nina Mayancela
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Handwritten signature of Dr. Wilson Nina Mayancela in blue ink, written over a horizontal line.

Dra. Mónica Caiza Asitimbay
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Handwritten signature of Dra. Mónica Caiza Asitimbay in blue ink, written over a horizontal line.

CERTIFICADO ANTIPLAGIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 13 de febrero del 2023
Oficio N° 132-2022-2S-URKUND-CID-2023

Dr. Patricio Vásquez Andrade
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **Dra. Zilma Diago Alfes**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 158359649	Depresión en el adulto mayor	Arévalo Chavarrea Johanna Nataly Cepeda Asqui Ana Lucía	2	x	

Atentamente,

CARLOS GAFAS GONZALEZ
Firmado digitalmente por CARLOS GAFAS GONZALEZ
Fecha: 2023.02.13 13:35:44 -0500'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres Edgar y Anita, por su amor, trabajo, paciencia, apoyo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes, sus enseñanzas y consejos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. A mi hermana Jessica, mi cuñado Alex y mi pequeña Dannita por estar siempre presentes, acompañándome y estar dispuestos a escucharme, apoyarme y ayudarme en cualquier momento, ya que todos en conjunto son un pilar fundamental y los principales promotores de mis sueños.

Arévalo Nataly

Dedico el presente trabajo a Dios, quien me ha brindado salud y vida para llegar a este momento tan importante en mi formación profesional. A mi familia, pilares fundamentales en mi vida, mis amados padres Adolfo y Anita quienes con su inmenso amor, oraciones, humildad y sabios consejos han contribuido de manera significativa para hacer realidad éste sueño tan anhelado y por inculcar en mí grandiosos ejemplos de esfuerzo y valentía, de no temer ante las adversidades y saber levantarme con más fuerza porque Dios está conmigo en cada paso dado. A mis hermanos Jessica Paulina, Edison Gustavo y Mauricio Adolfo, por ser parte de mi fortaleza, demostrarme su cariño y apoyo incondicional en cada sueño, meta y propósito, por cada sonrisa y abrazo reconfortarle y también aquella palabra u obra de aliento que me impulsan cada día.

Cepeda Ana

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad. A toda mi familia por estar siempre presentes en cada paso guiándome y llenándome de su amor día a día. A todas las autoridades y personal que hacen la Universidad Nacional de Chimborazo, toda la Facultad de Salud por confiar en mí y abrirme las puertas para mi desarrollo profesional. A los docentes quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad. Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a la Dra. Zilma Diago, Dra. Mónica Caiza y Dr. Wilson Nina principales colaboradores durante todo este proceso, quienes, con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo de investigación.

Arévalo Nataly

Expreso mi gratitud a Dios, aquel ser celestial de amor, quien con su bendición me ha permitido llegar a esta etapa de mi vida. A toda mi familia por su inmenso amor, paciencia y dedicación ya que me dan la fuerza necesaria para superar cualquier obstáculo y dificultad. Mi profundo agradecimiento a las autoridades, personal docente y administrativo de la Universidad Nacional de Chimborazo, por confiar en mí y abrirme las puertas de esta noble institución, los mismos que han contribuido con nuevos conocimientos para mi formación y preparación. Mi agradecimiento a la Dra. Zilma Diago Alfes, Tutora del trabajo de investigación, y los distinguido miembros del tribunal Dra. Mónica Caiza y Dr. Wilson Nina por su guía, sugerencias, recomendaciones y asesoramiento durante el desarrollo de la misma.

Cepeda Ana

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA	
APROBACIÓN DEL TUTOR	
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I.....	15
1.1 INTRODUCCIÓN	15
1.2 OBJETIVOS.....	19
1.2.1 Objetivo General.....	19
1.2.2 Objetivos Específicos	19
CAPÍTULO II.....	20
2. METODOLOGÍA	20
2.1. Tipo de Estudio	20
2.3. Criterios de Inclusión y exclusión.....	21
2.4. Técnicas y Procedimientos.....	22
2.5. Descriptores.....	25
2.6. Algoritmo de búsqueda bibliográfica.....	26
CAPÍTULO III	27
3. MARCO TEÓRICO.....	27
3.1. Generalidades	27
3.2. División del Adulto mayor según la edad	28
3.3. Clasificación del Adulto mayor según el estado de salud y funcionalidad ...	28
3.4. La depresión en el adulto mayor	28
3.5. Etiología de la Depresión	29
3.6. Ciclos de la Depresión.....	29
3.7. Clasificación de la Depresión en el adulto mayor	30
3.8. Factores de riesgo.....	30

3.9. Impacto de la depresión.....	33
3.10. Criterios de Diagnóstico	34
3.11. Evaluación integral	35
3.12. Tratamiento.....	36
CAPÍTULO IV	37
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fuente de datos de búsqueda académica.	22
Tabla 2. Criterios del desarrollo de CRF-S.	22
Tabla 3. Calidad metodológica y evidencia científica de los artículos bibliográficos. .	23
Tabla 4. División del Adulto Mayor.....	28
Tabla 5. Factores de riesgo	30
Tabla 6. Caracterización de Adultos Mayores en Ecuador.....	31
Tabla 7. Factores de riesgo y factores protectores de conducta suicida en adultos mayores con depresión.....	34
Tabla 8. Criterios de Episodio depresivo mayor (DSM-5).....	34
Tabla 9. Ámbitos a explorar durante la evaluación integral del adulto mayor.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evidencia Científica según la escala de Shekell modificada.....	23
Gráfico 2. Algoritmo de búsqueda de datos	26
Gráfico 3 Ciclo de la Depresión	29

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento es considerado como un proceso complejo que lleva a la vulnerabilidad del individuo y enfermedad, por ser considerada como la última etapa de la vida. En América latina y el Caribe el índice poblacional de adultos mayores pasó del 8,2% en el 2000 a una estimación del 15% para el 2025. En Ecuador, de acuerdo a la encuesta SABE, se concluyó que el 39% de adultos mayores presentan depresión. **Objetivo:** El objetivo de esta investigación fue caracterizar la conducta depresiva en el Adulto Mayor. **Metodología:** Es una investigación de tipo descriptiva, de diseño documental- no experimental, cualitativa de corte transversal con apoyo en el método analítico ya que los datos se obtendrán de una exhaustiva revisión bibliográfica tomando en cuenta directrices y criterios de elegibilidad. **Resultados y discusión:** Se han descrito estudios de gran significancia, metaanálisis y ensayos aleatorios, que abordan la depresión en el adulto mayor, con ello se pudo evidenciar que varios autores concuerdan con los factores de riesgo y aquellos que son protectores para la depresión. Sin embargo, actualmente se continúan realizando investigaciones sobre este tema. **Conclusiones:** Se mencionan factores de riesgo demográficos, biológicos, sociales y económicos. Por otra parte, se identificaron las manifestaciones clínicas de acuerdo a los criterios de Episodio Depresivo Mayor. La depresión es una entidad que ataca al adulto mayor en estado de vulnerabilidad, que generalmente es subestimada por el personal de salud, por ello es importante evaluar el estado del paciente de manera individualizada para establecer las medidas adecuadas según el caso de manera oportuna.

Palabras claves:

Depresión, Adulto mayor, factores de riesgo, prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: Aging is considered a complex process that leads to individual vulnerability and illness, as it is considered the last stage of life. In Latin America and the Caribbean, the population index of older adults went from 8.2% in 2000 to an estimated 15% by 2025. In Ecuador, according to the SABE survey, it was concluded that 39% of older adults present depression. **Objective:** This research aimed to characterize depressive behavior in the Elderly. **Methodology:** It is a descriptive research, documentary-non-experimental, qualitative cross-sectional design supported by the analytical method since the data will be obtained from an exhaustive bibliographic review taking into account guidelines and eligibility criteria. **Results and discussion:** Highly significant studies, meta-analyses, and randomized trials have been described that address depression in the elderly. Thus it was possible to show that several authors agree with the risk factors and those that are protective against depression. However, research on this topic is currently ongoing. **Conclusions:** Demographic, biological, social, and economic risk factors are mentioned.

On the other hand, the clinical manifestations were identified according to the criteria of a Major Depressive Episode. Depression is an entity that attacks the elderly in a state of vulnerability, which is generally underestimated by health personnel. Therefore, it is essential to evaluate the patient's condition individually to establish the appropriate measures according to the case promptly.

Keywords: Depression, older adults, risk factors, prevalence.



MARIA FERNANDA
PONCE MARCILLO

Reviewed by:

Mgs. Maria Fernanda Ponce

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0603818188

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Actualmente la pirámide poblacional ha dado un giro notable, debido a la transición demográfica conjuntamente con el aumento de esperanza de vida, mismos que han favorecido para que el grupo poblacional mayor a 60 años incremente a nivel mundial, sobre todo en América Latina (Baldeón, Luna, Mendoza, & Correa, 2019). De acuerdo a la Organización Mundial de Salud, el número de personas igual o mayor a 60 años ha incrementado de manera rápida en relación a otros grupos etarios (OMS, 2022). El envejecimiento es considerado como un proceso complejo que lleva a la vulnerabilidad del individuo y enfermedad, por ser considerada como la última etapa de la vida (Lliguisupa, Álvarez, Bermejo, Ulloa, & Estrada, 2022).

En América latina y el Caribe el índice poblacional de adultos mayores pasó del 8,2% en el 2000 a una estimación del 15% para el 2025, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), lo que corresponde a 100,5 millones de adultos mayores (Martina, Ara, Gutiérrez, Nolberto, & Piscocoya, 2017). Se estima que en el año 2050 la población mayor a 60 años corresponderá al 22% de la población a nivel mundial (OMS, 2018).

Tal es el caso que, en España en 2018, los datos correspondientes a la población adulta mayor son del 24,6% y mayor a 85 años es del 8,2% (Hernández, y otros, 2020). Mientras que el Brasil, la población de adultos mayores ha incrementado considerablemente y de manera acelerada, ya que en 2028 la población mayor a 60 años era aproximadamente de 28 millones, con una proyección para el 2025 de 32 millones, siendo el sexto país con mayores números de adultos mayores a nivel mundial (Uchoa, Chaves, Botelho, Polaro, & Oliveira, 2019).

Cabe recalcar que a medida que incrementa la población adulta mayor, incrementa la prevalencia de patologías tales como enfermedades crónico no transmisibles, neurodegenerativas, depresión, etc. (Sousa, y otros, 2017). De acuerdo a una encuesta de salud mental que se ejecutó en 17 países, se obtuvo que 1 de cada 20 personas atravesaron

por un cuadro depresivo en algún momento de su vida (Lampert & Ferreira, 2018). La depresión es una enfermedad común en los adultos mayores con gran impacto negativo por la alta prevalencia que implica y los efectos que genera sobre la calidad de vida de los ancianos, se caracteriza por tristeza, falta de interés, insomnio o hipersomnias, agitación, pérdida de peso o, al contrario, ganancia de peso, sentimientos de culpa o inutilidad etc. y afecta a 350 millones de personas de diferentes grupos etarios (Souza, y otros, 2022).

En una revisión a gran escala realizada a pacientes adultos mayores en Estados Unidos indican que, existe una prevalencia de depresión del 5%, mientras que, a nivel del Condado, se evidenció una prevalencia del 4,4% en mujeres y 2,7% en hombres. Mientras que, en Sudáfrica, el 4% de adultos que sobrepasan los 50 años padecen de depresión (Martina, Ara, Gutiérrez, Nolberto, & Piscoya, 2017). De acuerdo a varios autores, el grupo más vulnerable es el femenino con mayor sintomatología depresiva a nivel mundial, mientras que el género masculino presenta una tasa alta de suicidio pasado los 70 años (WHO, 2017).

Los adultos mayores tienen mayor vulnerabilidad con alto riesgo para adquirir problemas en la salud mental, mismos que ocurren tras cambios como el envejecimiento, déficit cognitivo y otras patologías (Aravena, Gajardo, & Saguez, 2018). Conforme transcurren los años, las personas atraviesan por diversas situaciones como pérdida de familiares, amigos, deterioro de la salud, problemas laborales, trastornos depresivos, estrés, entre otras, en el caso de la depresión, esta implica una tristeza persistente que produce pérdida de interés para llevar a cabo actividades que anteriormente provocaban bienestar, además de que constituye un síndrome geriátrico asociado a diversas patologías como fragilidad, deterioro visual, auditivo y demencia (Prieto, Villanueva, Arias, & Jiménez, 2018).

La depresión forma parte de un trastorno neuropsiquiátrico común en esta etapa, con un estimado del 6,6% de discapacidad que genera trastornos mentales (OMS, 2017). En México durante los últimos años la depresión ha presentado un índice entre 25,8% al 55%; mientras que en Colombia se encontraron síntomas depresivos en el 37% de los pacientes; a su vez en Perú, se considera que alrededor del 56% de pacientes geriátricos padecen de depresión (Lluisupa, Álvarez, Bermejo, Ulloa, & Estrada, 2022).

En Ecuador, de acuerdo a la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento), se concluyó que el 39% de adultos mayores presentan depresión (INEC, 2019); mientras que, en Cuenca, Molina publicó un estudio en el que menciona que el 81,4% de los adultos mayores padecían de depresión (Molina, Mogroviejo, Morocho, Orellana, & Delgado, 2013).

De acuerdo al censo poblacional realizado en los últimos años en América Latina y el mundo, se evidencia un incremento progresivo del grupo etario mayor a 60 años, por otra se asegura que en Ecuador en el 2022 existen más de 1 millón de adultos mayores, correspondiente al 7,4% de la población total, se estima que para el 2054 sea del 18%, con una esperanza de vida mayor a 83,4 años para las mujeres y 77,6 años para los hombres. (MIES, 2022). Si bien es cierto, el adulto mayor tiene mayor predisposición a padecer enfermedades crónicas ya sean físicas o mentales, sin embargo, la demencia y la depresión, son de alta prevalencia en este grupo poblacional con un aproximado de 39% (INEC, 2022).

Son varios los factores de riesgo que menciona la literatura, tal es el caso del sexo femenino, padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa, eventos estresantes como el divorcio o viudez, difícil adaptación a la jubilación, temor a morir, soledad problemas económicos, pérdida de roles que involucren socialmente, dependencia parcial o total, aislamiento, escolaridad baja y falta de apoyo social (Trujano, Soriano, De Jesús, & Mayen, 2018). Pese a ello, el personal de salud no identifica de manera temprana un trastorno depresivo, e ignora los factores de riesgo mencionados, considerándolos como parte de un proceso normal del envejecimiento (Delgado, Malcus, & Rincón, 2019).

Por ello, es importante abarcar a la depresión como un problema de salud pública, para generar intervenciones preventivas, priorizando a este grupo vulnerable, modificando ciertos factores asociados, como condiciones socio-demográficas y factores biológicos (Araque, Ruiz, & Artés, 2021). Al respecto, existe evidencia que sostiene que la sintomatología depresiva representa un riesgo cuando se manifiesta de manera tardía en el ciclo de la vida, ya que con ello incrementa el riesgo de demencia y deterioro cognitivo, en efecto, si los adultos mayores tuvieran mayor integración social, desarrollarían mejores estrategias comunicacionales e interpersonales, lo que reduce la probabilidad de presentar depresión (Cancino, Rehbein, & Ortíz, 2018). Por lo que resulta vital sensibilizar a los profesionales de la salud en relación a este grupo vulnerable.

Con el incremento de expectativa de vida, es sabido que ocurren cambios fisiológicos, funcionales y psicológicos, y requiere de una adaptación a los cambios, sin duda, su afectación impide el pleno disfrute, afectando directamente su salud, y suelen ser de presentación variable, de acorde a la situación multidireccional y diversos factores del adulto mayor (Móles, Clavero, Lucas, & Folch, 2019).

La depresión suele convertirse en un padecimiento complejo que disminuye la calidad de vida en este grupo etario, además de representar un problema de salud pública por la alta prevalencia mundial y afectación en la funcionalidad social y ocupacional del adulto mayor (Corea, 2021). Tanto así que, Estados Unidos, Canadá y Reino han creado centros especializados sobre todo en la prevención y tratamiento de procesos depresivos, además de realizar estudios que permitan una pronta y adecuada intervención frente a los factores desencadenantes. Por otro lado, Honduras ha sumado esfuerzos por brindar un abordaje integral, promoviendo espacios que les permita desarrollarse y reinsertarse a la comunidad (Alomoto, Calero, & Vaca, 2018). El cambio direccionado a un estilo de vida saludable mejora la calidad de vida y longevidad del ser humano (Uchoa, Chaves, Botelho, Polaro, & Oliveira, 2019).

De esa manera surgió el interés por caracterizar a la depresión, conocer los factores asociados, signos y síntomas, diagnósticos, métodos preventivos, etc. mismos que facilitarán el diseño de acciones en la búsqueda en mejorar la salud y calidad de vida del adulto mayor.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Caracterizar la conducta depresiva en el Adulto Mayor.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Establecer la situación epidemiológica del fenómeno depresivo en el adulto mayor.
- Precisar los factores de riesgo predisponentes a la depresión en ancianos.
- Identificar las manifestaciones clínicas asociadas a la depresión en el adulto mayor.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de Estudio

Estudio cuya información fue recopilada a través de la revisión bibliográfica tomando en consideración directrices y criterios de elegibilidad relacionados con la depresión en el adulto mayor. Para lo cual se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura correspondiente a documentos científicos que se registran en diferentes bases de datos.

Este estudio se realizó bajo el marco de revisión bibliográfica, se revisó 134 publicaciones científicas que forman parte de diversas bases de datos, libros, sitios web y documentos que abarcaron la temática de estudio; las cuales fueron seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión donde se obtuvo un universo de 57 trabajos científicos publicados en los últimos 5 años para revistas científicas y en los últimos 10 años para libros.

Según el nivel

La investigación es de tipo descriptiva, ya que permite describir y buscar información relevante recopiladas y publicadas en diferentes bases de datos y actualizaciones durante los últimos 5 años.

Según el diseño

De acuerdo al diseño, se determina como documental – no experimental ya que no se han manipulado variables, por lo que la investigación está basada en información relevante que se contempla en los distintos artículos y revistas actualizadas.

Según el enfoque

Es de tipo cualitativo debido a que se describió y analizó la caracterización de la depresión en un grupo vulnerable como son los adultos mayores, a partir de la compilación de información tanto en inglés como en español en motores de búsqueda de las variadas publicaciones científicas seleccionadas.

Según la secuencia temporal

Es de corte transversal, de característica observacional, ya que el investigador se enfoca sólo en observar eventos que acontecen en las personas sin intervenir o experimentar; además su elaboración será mediante la obtención de resultados en un momento determinado.

Según la cronología de los hechos

Es retrospectivo debido a que la investigación y los datos que se han obtenido son de investigaciones publicadas por autores que han realizado estudios relevantes relacionados al tema propuesto.

2.2. Consideraciones éticas

Debido a que es un trabajo de investigación de tipo bibliográfica no es necesario la aprobación de un comité de bioética porque la muestra no fue de origen biológico.

2.3. Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Revistas, libros, documentos y sitios web publicados en español e inglés.
- Investigaciones que abarquen una población compuesta por adultos mayores.
- Artículos científicos publicados en los últimos 5 años, con exclusión en estudios importantes.
- Libros publicados en los últimos 10 años según permiten los lineamientos académicos.
- Investigaciones pertenecientes a bases de datos de libre acceso.
- Investigaciones con información afín.

Criterios de Exclusión

- Artículos y documentos científicos pagados.
- Artículos con información irrelevante.
- Artículos científicos y documentos inferiores al rango de años de investigación.
- Páginas no confiables.

2.4. Técnicas y Procedimientos

Se realizó un análisis documental, bajo la técnica observacional y analítica que permitió profundizar y contextualizar la revisión de datos y documentos, acerca de la depresión en el adulto mayor, datos epidemiológicos, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, y demás. Se empleó el Critical Review Form- Studies (CRF-S) que mide la calidad de los artículos científicos acorde al grado significativo basado en distintos criterios donde se evalúa la estructuración de la cada revisión bibliográfica: pobre calidad metodológica: ≤ 11 puntos, aceptable calidad metodológica: 12 - 13 puntos, buena calidad metodológica: 14 - 15 puntos, muy buena calidad metodológica: 16 - 17 puntos y excelente calidad metodológica: ≥ 18 puntos (Toro, 2022).

Además se utilizó la escala de Shekell modificada para calificar la evidencia de los artículos, libros considerados (León, Torres, Cedeño, Aguilar, & Cazares, 2020).

Tabla 1. Fuente de datos de búsqueda académica.

FUENTE	2018-2022	2012-2027	SUBTOTAL
Libros	1	1	2
Revistas	47	0	47
Documentos	2	0	2
Sitios web	4	2	6
TOTAL= 57			

Tabla 2. Criterios del desarrollo de CRF-S.

CRITERIOS	ITEMS	ELEMENTOS DE EVALUACIÓN
Objetivo del estudio	1	Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables.
Literatura	2	Información relevante para la investigación
	3	Intervenciones psicológicas
	4	Dependencia emocional y riesgo suicida
Diseño	5	Cualitativa
	6	Cuantitativa
Muestra	7	Especifica la muestra
	8	Detalla la población
	9	

		Muestra detallada de las personas con dependencia emocional o riesgo suicida
Método	10	Describe el método de investigación
	11	Da a conocer el instrumento utilizado
	12	Descripción del análisis de las variables estadísticas
Resultados	13	Exposición de los resultados
	14	Importancia cualitativa y cuantitativa de las variables.
	15	Relación con los objetivos de la investigación
Discusión	16	Tiempo empleado en forma presente de manera verbal
	17	Relación con otras investigaciones
Conclusiones	18	Conclusiones coherentes
	19	Limitaciones del estudio

Fuente: Caracterización de las intervenciones psicológicas en la atención del adulto joven con dependencia emocional y riesgo suicida (Toro, 2022)

Gráfico 1. Evidencia Científica según la escala de Shekell modificada

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
I a. Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
I b. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
II a. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
II b. Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, por ejemplo, estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles, y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	
	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II o III

Fuente: Metodología para el desarrollo y la actualización de guías de práctica clínica: estado actual (Barrera, Viniegra, Valenzuela, Torres, & Dávila, 2016)

Tabla 3. Calidad metodológica y evidencia científica de los artículos bibliográficos.

Número	Autor	Puntos	Calidad	Nivel de evidencia
1	Agis	17	Muy buena calidad	III
2	Alexopoulos	18	Excelente calidad	III

3	Alomoto	4	Pobre calidad metodológica	IV
4	Araque	4	Pobre calidad metodológica	IV
5	Aravena	18	Excelente calidad	III
6	Baldeón	18	Excelente calidad	III
7	Baltazares	17	Muy Buena calidad	III
8	Barnett	17	Muy Buena calidad	III
9	Bruning	17	Muy Buena calidad	III
10	Buenaño	18	Excelente calidad	I II b
11	Calderón	18	Excelente calidad	Ia
12	Calvopiña	18	Excelente calidad	Ib
13	Cancino	18	Excelente calidad	III
14	Cardoso	16	Muy buena calidad	Ia
15	Cerecero	18	Excelente calidad	III
16	Chávez	17	Muy buena calidad	Ia
17	Choi	18	Excelente calidad	I II b
18	Conejero	18	Excelente calidad	Ib
19	Corea	18	Excelente calidad	III
20	Delgado	16	Muy buena calidad	Ib
21	Esmeraldas	18	Excelente calidad	Ib
22	Espinoza	18	Excelente calidad	III
23	Ferro	17	Muy buena calidad	III
24	Goñi	17	Muy buena calidad	Ib
25	Hernandez	17	Muy buena calidad	III
26	Holquist	18	Excelente calidad	I II a
27	Fernández	16	Muy buena calidad	III
28	Lampert	18	Excelente calidad	Ib
29	Lawrence	18	Excelente calidad	III
30	León	18	Excelente calidad	Ib
31	Lliguisupa	18	Excelente calidad	III
32	Martina	18	Excelente calidad	Ib
33	INEC	16	Muy buena calidad	Ib
34	Móles	18	Excelente calidad	Ib
35	MIES	16	Muy buena calidad	III

36	Morales	17	Muy buena calidad	III
37	Parada	18	Excelente calidad	I Ib
38	Pilania	18	Excelente calidad	Ib
39	Pramesona	18	Excelente calidad	Ib
40	Prieto	17	Muy buena calidad	IIa
41	Reyes	18	Excelente calidad	Ib
42	Sousa	17	Muy buena calidad	I Ib
43	Souza	18	Excelente calidad	I Ib
44	Toro	18	Excelente calidad	I Ib
45	Trujano	18	Excelente calidad	Ib
46	Tumi	18	Excelente calidad	IIa
47	OMS	15	Buena calidad	III
48	Uchoa	18	Excelente calidad	III
49	Unutzer	17	Muy buena calidad	I Ib
50	Vélez	18	Excelente calidad	Ib
51	Villar	18	Excelente calidad	IIa
52	Villanueva	17	Muy buena calidad	Ib
53	WHO	15	Buena calidad	III
54	Chávez	17	Muy buena calidad	III
55	González	16	Muy buena calidad	III
56	Barrera	18	Excelente calidad	Ib
57	Wand	18	Excelente calidad	Ib

2.5. Descriptores

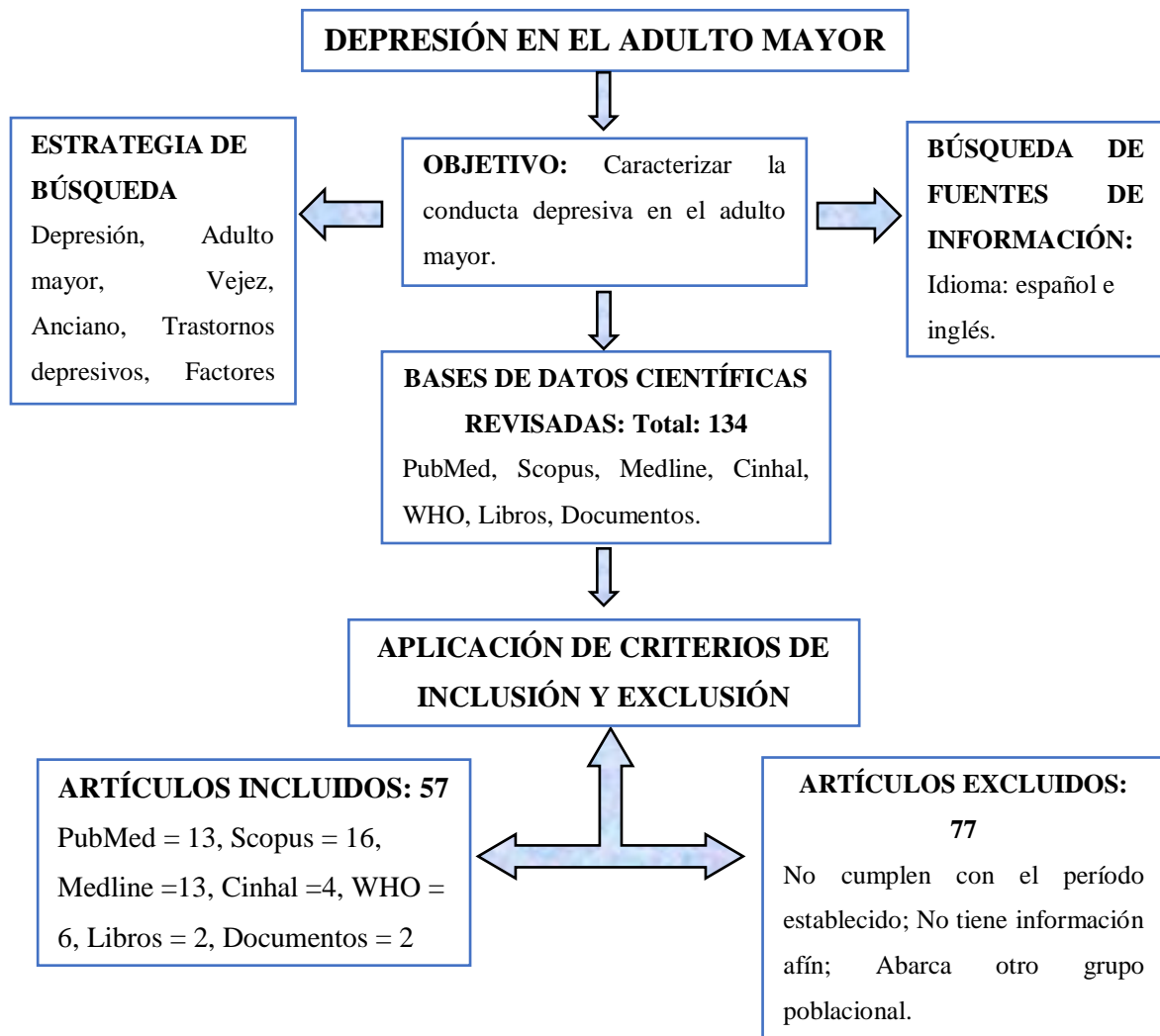
Se manejan los siguientes descriptores en salud:

- Depresión
- Adulto mayor
- Vejez
- Anciano
- Trastornos depresivos
- Factores de riesgo
- Salud mental
- Prevalencia
- Calidad de vida

2.6. Algoritmo de búsqueda bibliográfica

Se realizó el siguiente algoritmo de búsqueda que facilitó discernir y clasificar los trabajos investigativos recopilados para establecer criterios de inclusión y exclusión y finalmente caracterizar los estudios para la revisión bibliográfica.

Gráfico 2. Algoritmo de búsqueda de datos



CAPÍTULO III

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Generalidades

Adulto Mayor. – Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se considera adulto mayor a aquella persona que alcanza los 60 años de edad, siendo el último eslabón de la vida (Vélez, Falcones, Vásquez, & Solórzano, 2019). De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años (Hernández & Rincón, 2020).

Sin embargo, en Ecuador, según la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, se considera persona adulta mayor a aquella que ha cumplido los 65 años de edad (Chávez, Barreiro, & Franco, 2019). Alrededor de los años 70, en Ecuador la población adulta mayor se encontraba aproximadamente en un 4,2%, se estima que para el 2050 sea del 16% (Calderón, 2018).

Envejecimiento. - De acuerdo a la OMS, la vejez es el proceso dinámico, natural e inevitable, en el que se hace manifiesto cambios biológicos, deterioro de las funciones mentales y a nivel social que repercuten de manera considerable en el estado físico y funcional a diferencia de otros grupos etarios (OMS, 2018).

Depresión. – Trastorno mental afectivo caracterizado por un bajo estado de ánimo, sentimientos de tristeza, cambios en el comportamiento, pueden ser de etiología primaria o secundaria a enfermedades subyacentes (Corea, 2021). Se considera como una entidad de alta frecuencia, generalmente subdiagnosticada y subtratada, asociada a comorbilidades que implican altos recursos en la salud (Brüning & Mora, 2019).

La depresión es uno de los trastornos mentales más complejos y se encuentra presente en la gran parte de los adultos mayores, se encuentra en directa relación con ciertos factores como edad, deterioro cognitivo, dependencia, género, duelo, comorbilidades, aislamiento social, entre otros (Villar & Triadó, 2014).

3.2. División del Adulto mayor según la edad

Según la OMS, adulto mayor es todo aquel que tenga más de 60 años, y lo subdivide en las siguientes categorías:

Tabla 4. División del Adulto Mayor

Edad avanzada	60-74 años
Viejos o Ancianos	75-89 años
Longevos	90-95
Centenarios	Mayor de 100 años

Fuente: Adulto Mayor Inteligente (Reyes, 2018)

3.3. Clasificación del Adulto mayor según el estado de salud y funcionalidad

- **Adulto mayor sano.** – Es aquel adulto mayor en ausencia de enfermedad objetivable, en donde la capacidad funcional no se ha visto afectada, goza de independencia para ejecutar actividades básicas del diario vivir y no presenta alteraciones mentales o representa un problema para la sociedad.
- **Adulto mayor enfermo.** – Es aquel adulto mayor que padece alguna enfermedad aguda, con frecuente ingreso a hospitales o consulta, ya que su padecimiento puede ser atendido y resuelto; generalmente no presentan enfermedades de relevancia ni alteraciones mentales o problemas sociales.
- **Adulto mayor frágil.** – Es aquel adulto mayor que tiene limitada independencia, generalmente con alta probabilidad de volverse dependiente lo que conlleva al riesgo de generar cierta discapacidad. Suelen padecer una o varias enfermedades de base, que con tratamiento permiten mantener una limitada independencia por corto tiempo. Personas con alta probabilidad de sufrir caídas, infecciones, eventos adversos, que pueden requerir de medios sanitarios y sociales. Este grupo aparentemente puede tener independencia para actividades básicas, sin embargo, no pueden realizar tareas un poco más complejas (Esmeraldas, Falcones, Vásquez, & Solórzano, 2019).

3.4. La depresión en el adulto mayor

La depresión en el adulto mayor resulta un problema global, que se manifiesta de manera frecuente, sin embargo, no forma parte del envejecimiento, se asocia a diferentes factores anatómicos y sociales como modificaciones a nivel cerebral (Parada, Guapizaca, & Bueno,

2022), finalización de la etapa laboral, limitaciones físicas que impiden ejecutar ciertas tareas, etc. (Buenaño, 2019)

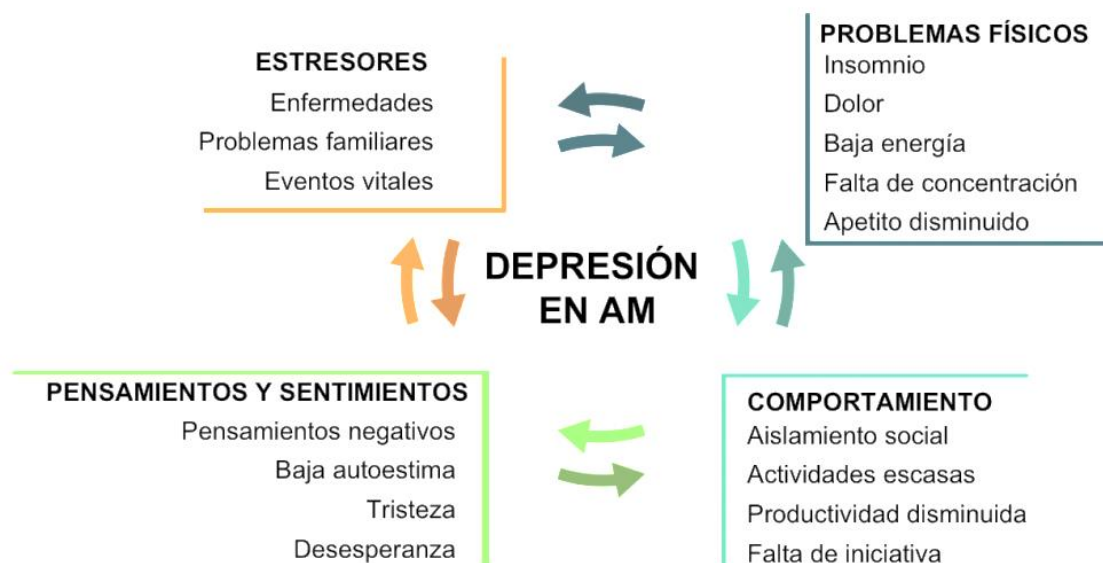
3.5. Etiología de la Depresión

El origen de la depresión no está del todo claro, se menciona que es de tipo multifactorial, en donde intervienen factores de origen genético, fisiológico, social, ambiental y psicológico que pueden influir en cualquier etapa de la vida de un individuo (Morales & Chavarro, 2021). Otros factores etiológicos mencionados son la serotonina, norepinefrina y dopamina por su relación con el mecanismo de acción de los antidepresivos, adicional a esto. Por otra parte, existe evidencia de la relación entre el estrés crónico con el trastorno depresivo, que genera deterioro neuronal y con ello mal funcionamiento del sistema nervioso central (Baltazares, 2021).

3.6. Ciclos de la Depresión

El ciclo de la depresión permite explicar la relación que existe entre diversos síntomas, para tratarlos de manera integral, ya que podrían llegar a generar un círculo vicioso por la persistencia de factores que empeoran el cuadro clínico depresivo, de tal manera dificultan el tratamiento, es por ello que se requiere de un abordaje multidisciplinario con intervención psicológica.

Gráfico 3 Ciclo de la Depresión



Fuente: Older Adults With Severe, Treatment-Resistant Depression (Unützer & Park, 2012)

3.7. Clasificación de la Depresión en el adulto mayor

- **Depresión de inicio temprano.** – Comienza antes de los 60 años y se caracteriza por presentarse en adultos mayores como una depresión recurrente o crónica.
- **Depresión de inicio tardío.** – Comienza pasados los 60 años y podría estar asociado a modificaciones de origen neurológico o demencia (Espinoza & Unützer, 2021).

En Atención Primaria de Salud se maneja más del 80% de los casos de depresión, por lo que se considera como responsabilidad del Médico General, y Familiar, realizar una pesquisa adecuada, y oportuna derivación en caso de ser necesaria.

3.8. Factores de riesgo

Varios factores influyen en el adulto mayor que presenta depresión, tanto biológicos, psicológicos, demográficos, genéticos como ambientales (Calderón, 2018).

Tabla 5. Factores de riesgo

Bajo soporte social	Género: femenino
Institucionalizados	Dolor no controlado
Problemas financieros	Nivel socioeconómico bajo
Antecedentes de depresión	Separación, divorcio, viudez
Comorbilidades	Abuso de alcohol
Deterioro funcional	Insomnio

Fuente: Depresión en adultos mayores: una mirada desde la Medicina Familiar (Brüning & Mora, 2019)

A continuación, se menciona los factores de riesgo más importantes (Calderón, 2018):

Factores Demográficos. – Gran parte de los estudios mencionan que existe mayor prevalencia en el sexo femenino, con gran frecuencia en viudas, personas aisladas, pobres, con gran carga de estrés, ancianos institucionalizados. Generalmente se evidencia más frecuencia en la zona rural, es así que un estudio ejecutado en Arabia, identificó estrecha relación entre el desempleo, divorcio, viudez, abandono, instrucción baja y la depresión (Calderón, 2018).

Por otra parte un estudio realizado en Vietnam demostró la asociación que existe entre la demografía y la depresión, concluyendo que, los factores demográficos como sexo, edad, estilos de vida, ingesta de medicamentos y condiciones sociales influyen en la aparición y empeoramiento de cuadros depresivos, tal es el caso que el 66,9% de los adultos mayores que con estas características demográficas presentaban depresión desde leve a severa (Dao, Nguyen, Nguyen, & Nguyen, 2018).

En Ecuador existen 1.049.824 personas mayores de 65 años, lo que representa el 6,5% de la población total, para el 2054 se prevé que sea del 18%. De acuerdo a esto, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) hace mención a la caracterización de Adultos Mayores en Ecuador, en donde se incluyen aquellos factores mencionados previamente como predisponentes para depresión (MIES, 2022).

Tabla 6. *Caracterización de Adultos Mayores en Ecuador*

45% vive en condiciones de pobreza y extrema pobreza
El 42% vive en el sector rural
14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo
14,9% son víctimas de negligencia y abandono
74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo

Fuente: Dirección Población Adulta Mayor (MIES, 2022)

Factores Biológicos. – Dentro de estos se mencionan algunos factores importantes:

- **Enfermedad orgánica.** – Los adultos mayores tienen mayores comorbilidades que se relacionan con la depresión, es así que un estudio realizado en Estados Unidos en adultos, concluyó que, para disminuir los porcentajes de enfermedades crónicas, los pacientes que las padecen, deben recibir el tratamiento necesario y oportuno, con la finalidad de reducir el riesgo de desarrollar otras enfermedades, de esta manera se conseguirá mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, ya que se ha identificado una relación entre las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares con la depresión (Calderón, 2018).
- **Deterioro funcional.** – Gran parte de los adultos mayor presentan limitación funcional, misma que está relacionada con sentimientos de inutilidad y depresión. Es así que varios

estudios han encontrado asociación entre alteraciones en la marcha con la depresión, tal es el caso de un metaanálisis realizado en la India cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de la depresión en la población adulta mayor, concluyendo que, alrededor del tercio de la población padece de depresión que generalmente se asocia a un deterioro funcional que genera fragilidad, pérdida de energía, pérdida de masa muscular, limitación, entre otros (Pilania, y otros, 2019).

- **Deterioro cognitivo.** – Existe evidencia científica de la relación que existe entre la depresión y el deterioro cognitivo, es así que la demencia puede ser un indicativo para padecer depresión, según se menciona en un estudio realizado en Indonesia, al deterioro cognitivo y funcional como factores de riesgo (Pramesona & Taneepanichskul, 2018). La demencia es una entidad que puede generar necesidad de asistencia médica en los adultos mayores; en Suiza se llevó a cabo un estudio sobre la asociación entre la depresión y demencia concluyendo que el riesgo de padecerla incrementa de 10 a 20 veces tras un diagnóstico depresivo (Holmquist, Nordström, & Nordström, 2020).
- **Insomnio.** – Los adultos mayores con insomnio, presentan alteraciones en la calidad de vida ya sea en su salud, estabilidad psicológica, relaciones sociales y ambientales. Es así que se encontró una relación estadísticamente significativa entre la depresión y el insomnio, desmejorando la salud del adulto mayor ya que existe 6 veces más probabilidades de sufrir depresión en comparación de quienes no padecen insomnio (Baltazares, 2021).

Se realizó un estudio multicéntrico denominado IMPACT, encontrándose que los adultos mayores con insomnio tuvieron mayor predisposición de padecer depresión; por otro lado, se concluyó que al usar medicación para persuadir los síntomas de insomnio incrementaron el riesgo de desencadenar depresión en los adultos mayores (Calderón, 2018).

Factores Sociales. – En la actualidad, el aislamiento social representa un factor importante que desencadena en la depresión, ya que por sí mismo puede generar o empeorar cuadros depresivos. En un estudio realizado por Barnett y cols se menciona que, la depresión es un problema de salud pública en donde los factores sociales influyen en la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores (Barnett, Zhang, Johnston, & Cerín, 2018). En China se encontró una alta prevalencia de depresión en los adultos mayores abandonados que residen en la zona rural, además en quienes sufren de abuso y maltrato (Choi , O'Donnell, Choi , Jung , & Cowlshaw , 2018).

La depresión se manifiesta de manera recurrente en pacientes en estado de vulnerabilidad, de riesgo social y baja condición económica, siendo los adultos mayores quienes sufren con más frecuencia y con cuadros severos (Móles, Clavero, Lucas, & Folch, 2019).

Factores Económicos. – El estatus económico influye de manera evidente, sobre todo en el ánimo de un individuo, es así que aquellas personas que registran bajos ingresos económicos, suelen tener un estado anímico de tristeza, sin importar la edad (Conejero, Courtet, & Calati, 2018). Un estudio ejecutado en Perú, Cusco, en donde se evaluó la relación entre la depresión y las características sociodemográficas, se concluyó que, a mayor nivel de ingresos económicos y cohesión social, menor grado de depresión (Tumi & Villafuerte, 2021). Va a depender de la percepción de cada persona, lo que para unos puede ser una quiebra financiera, para otros no, por lo tanto cualquier situación económica es influyente en el estado de ánimo de una persona (Lawrence, Jayakody, & Bennett, 2020)

Factores Familiares. – Las personas que tengan un familiar de primer grado con diagnóstico de depresión tiene cuatro veces mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo, con un 40% de carga genética heredada, misma que se relaciona con los rasgos neuróticos de la persona que hereda. A su vez existen estudios que relacionan ciertos genes implicados en el desarrollo de este trastorno, tal es el caso del gen que codifica el transportador de serotonina, que altera a los neurotransmisores (Calvopiña, 2021).

3.9. Impacto de la depresión

La depresión agrava el cuadro clínico de un paciente, más aún si existen comorbilidades, ya que incrementa la necesidad de atención médica integral, aumento el grado de discapacidad, posibilidad de hospitalización, deteriora la calidad de vida del individuo y el riesgo de muerte. En Ecuador, 7 de cada 10 adultos mayores requieren de atenciones médicas y estas incrementan en aquellos con cuadros depresivos (Calderón, 2018). El paciente adulto mayor se convierte en un paciente frecuente en las salas hospitalarias, con ello se incrementa el nivel de morbilidad, mortalidad, trastornos psiquiátricos e incluso llegan al suicidio, este último es una de las principales causas de muertes en los Estados Unidos e incrementa su tasa luego de los 85 años (Alexopoulos, 2019).

Tabla 7. Factores de riesgo y factores protectores de conducta suicida en adultos mayores con depresión.

Factores de Riesgo	Factores Protectores
Conducta suicida previa y presencia de ideación suicida	Hábitos de vida saludables
Trastornos mentales y adicciones	Contacto con la familia y amigos
Trastornos y rasgos de personalidad	No consumo de alcohol
Enfermedad física	Mantenerse activo
Apoyo vital	Práctica religiosa y sentimiento de tener un propósito en la vida
Eventos vitales estresantes	Extroversión, apertura a la experiencia, responsabilidad
Déficit funcional	Percepción de autoeficacia.
	Orientación al futuro y espiritualidad

Fuente: Epidemiología de la depresión en el adulto mayor (Calderón, 2018)

3.10. Criterios de Diagnóstico

El diagnóstico de un trastorno depresivo se realiza según los criterios DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª versión), mismo que menciona que se requiere que presente a menos 5 síntomas presentados en la siguiente tabla, y debe incluir 1 síntoma de los 2 primeros:

Tabla 8. Criterios de Episodio depresivo mayor (DSM-5)

A. Debe incluir 1 de los 2 primeros

1. Estado de ánimo deprimido durante gran parte del día, casi todos los días
2. Disminución de interés o placer por casi todas las actividades, la mayor parte del día
3. Aumento o disminución de peso o de apetito de manera representativa.
4. Insomnio o hipersomnia
5. Perturbación psicomotora identificada por alguien externo.
6. Fatiga o disminución de energía.
7. Sensación de culpa desmesurada o de incapacidad.

- 8. Problemas en la concentración.
- 9. Ideas frecuentes de muerte, intento o planeación de suicidio.
- B. Síntomas que causan malestar significativo o deterioro social, laboral o en otra área importante.
- C. No se atribuye a efectos de una sustancia o afección médica
- D. No se explica por trastorno del espectro de esquizofrenia ni otro trastorno psicótico.
- E. Nunca ha presentado episodio maníaco o hipomaníaco

Fuente: Depresión en adultos mayores: una mirada desde la Medicina Familiar (Brüning & Mora, 2019)

Estos síntomas deben presentarse de manera diaria o casi todos los días a lo largo de dos semanas, sumado al desinterés, estado de ánimo decaído y disminución de la gratificación. Los síntomas pueden pasar de ser leves a graves, en el caso de la primera, se trata sin fármacos, mientras que en el caso de la grave se requiere de medicamentos conjuntamente con terapia psicológica, ya que pueden tener intentos autolíticos y concretarlos (Parada, Guapizaca, & Bueno, 2022).

3.11. Evaluación integral

Es necesario explorar al paciente de manera integral, tomando en cuenta los antecedentes, es por ello que se sugiere la presencia de un familiar que facilite cierta información del paciente, sobre todo en casos de alteraciones de la memoria (Wand & Zhong, 2020).

Tabla 9. Ámbitos a explorar durante la evaluación integral del adulto mayor

Psiquiátrico	Médico	Social	Familiar
Diagnósticos y tratamientos previos	Comorbilidades	Estresores o pérdidas recientes	Patología psiquiátrica
Ideación suicida	Dolor crónico	Red de apoyo social (aislamiento social)	Suicidio
Antecedente de intento suicida	Fármacos/polifarmacia	Acceso a armas	Demencia
Abuso de sustancias	Adherencia al tratamiento		
Problemas de memoria	Insomnio		
Síntomas psicóticos			

Fuente: Depresión en adultos mayores: una mirada desde la Medicina Familiar (Brüning & Mora, 2019)

3.12. Tratamiento

Se sugiere siempre iniciar con dosis mínimas, para evaluar de manera subsecuente la tolerancia y respuesta a los medicamentos, y de acuerdo a ello incrementar de manera progresiva hasta alcanzar la dosis máxima recomendada, en este recorrido es importante verificar la presencia de posibles efectos adversos, remisión de los síntomas y adherencia al tratamiento. Existen tres fases del tratamiento (Brüning & Mora, 2019):

1. Fase aguda. – Busca conseguir la remisión completa de los síntomas, minimizando la interacción de fármacos, para ello existen pautas que permiten elegir el fármaco que va acorde a las necesidades del paciente, tales como:

- Respuesta previa
- Comorbilidades
- Interacciones farmacológicas
- Riesgos en caso de sobredosis
- Síntomas concurrentes
- Efectos adversos.

Entre los fármacos antidepresivos a utilizarse en los adultos mayores están los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): citalopram, escitalopram, sertralina, venlafaxina y mirtazapina. En caso de que se presenten efectos adversos o falta de remisión de los síntomas, el cambio de medicamento se realiza a otro fármaco de la misma familia. (Agis, López, Bermúdez, & Pérez, 2020).

2. Fase de continuación: El principal objetivo es evitar una recaída, una vez conseguido la remisión de los síntomas depresivos, se debe mantener por al menos 12 meses para evitar recurrencias.

3. Fase de mantención: Cuya finalidad es prevenir futuros episodios recurrentes, esto se consigue al mantener de manera sostenida el tratamiento, de esta forma se evita la depresión grave, recurrencia en cuadros depresivos, necesidad de utilizar diversos fármacos, etc. (Cerecero, Macías, & Áramburo, 2020).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Esta investigación se desarrolló bajo el margen de revisión bibliográfica que incluyen artículos científicos, libros, documentos y sitios web de los últimos 5 y 10 años respectivamente, mediante indicadores empleados a través del Critical Review Form-Studies (CRF-S) que permitió la medición de la calidad de artículos científicos conforme al nivel estructural, con un total de 57 referentes bibliográficos, se añadió la valoración de la evidencia científica dado por la escala de Shekell modificada.

En esta revisión se definió la depresión como una enfermedad de alto impacto en la salud pública, la cual ocasiona alta morbi-mortalidad en millones de habitantes a nivel global y repercute de manera negativa en la economía mundial. Existen múltiples factores de riesgo, incluidos los factores sociales, biológicos y culturales, lo que significa que cada paciente tiene diferentes riesgos y síntomas según el sexo, la edad y el origen étnico.

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión de cualquier tipo o variedad es una de las mayores epidemias que ha afectado a los humanos en las últimas décadas. Sin embargo, la epidemia suele ser invisible debido a que éste trastorno junto al abandono y el suicidio suelen estar ocultos. En América la prevalencia de la depresión se ubica entre el 20 %, mientras que en Europa el 40 %, estudios han demostrado que es el trastorno afectivo más común en personas mayores de 60 años, de ellos del 15% al 20% son ambulatorios con un incremento del 25% al 40% en pacientes hospitalizados. En Ecuador según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento el 39% de los adultos ecuatorianos mayores de 75 años padece depresión leve a moderada (González, Valdés, Iglesias, García, & González, 2018).

La constitución ecuatoriana reconoce a los adultos mayores como parte de los grupos de atención prioritaria. El artículo 35 les garantiza "atención prioritaria y exclusiva en los ámbitos público y privado" y son vulnerables a cualquier situación que interfiera con el buen vivir, por lo que deben ser tratados con respeto y vivir una vida de óptimo desarrollo integral (Chávez, Barreiro, & Franco, 2019).

Al determinar e identificar los factores que influyen y se asocian al estado de depresión, podemos obtener una comprensión más detallada de los aspectos de intervención en este problema relacionado con los adultos mayores. Así, en esta etapa de la vida, permite muchos años de preparación para el futuro, que no siempre es agradable, dados los cambios biopsicosociales inherentes al mismo.

Dado que la depresión geriátrica es uno de los trastornos psiquiátricos más importantes en el anciano, con mayor riesgo en esta población, sus causas son muy diversas y pueden ser sociales, psicológicas y biológicas.

Según Barnett y cols, se puede observar que ciertos factores que inciden son característicos ya que las personas mayores de 65 años tienen sus propios factores, como la enfermedad que padecen, el entorno en el que viven, el estatus social e incluso ciertas características demográficas como el trabajo y el estado civil. En lo que se relaciona con los hallazgos encontrados como causas desencadenantes de la depresión se pueden identificar estos factores en las enfermedades degenerativas con un 42 (51,2%), seguido de los factores sociales como nivel socioeconómico (Barnett, Zhang, Johnston, & Cerín, 2018).

Es importante señalar que en la clasificación del desarrollo humano, la integridad y la desesperación son la última etapa, esta se refiere a la etapa más difícil de todas apoyada por la Organización Mundial de la Salud OMS (OMS, 2022), ya que se evidencia que empiezan a ocurrir cambios generadores de crisis en la persona. Como lo podemos evidenciar con el estudio y la prueba realizada por Aravena y cols. quienes manifestaron que a menudo se sienten desamparados, desvalidos, indecisos (23.2%) siendo este un factor afectivo que se puede percibir con características tales como el distanciamiento social desde un sentimiento de inutilidad debido a que el cuerpo al no contar con las mismas capacidades físicas no responde como antes (Aravena, Gajardo, & Saguez, 2018).

Para Holmquist y cols. la depresión tiene un efecto sistémico en los adultos deprimidos, ya que son más susceptibles a la enfermedad, debido a que esta patología provoca cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos (Holmquist, Nordström, & Nordström, 2020). Tal es el caso de Lliguisupa y cols, quienes mencionan que 51% equivalente a 42 personas sufren de enfermedades crónicas no transmisibles lo que da paso a que la población de adultos

mayores se encuentra más vulnerable a padecer depresión por su condición física en cuanto a sus enfermedades (Lluisupa, Álvarez, Bermejo, Ulloa, & Estrada, 2022).

Calderón indica que, en los procesos de envejecimiento se producen cambios tanto en la esfera orgánica como en la mental. Estos cambios normales a lo largo de los años tienden a provocar una serie de eventos fisiopatológicos que conducen a diversas enfermedades en los ancianos, se concluyó que el 54,9% de los ancianos no tienen fuerza física y la capacidad para realizar actividades que hacen en la vida cotidiana (Calderón, 2018). Mientras que Delgado hace referencia a los rasgos sobresalientes en adultos mayores con depresión, como son el pesimismo, miedo, angustia, soledad (Delgado, Malcus, & Rincón, 2019). Por lo tanto, es importante enfatizar la atención a las funciones corporales, el miedo a las enfermedades que luego pueden causar manifestaciones hipocondríacas.

Al analizar las variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el estado civil, nivel socioeconómico encontramos que concordante a lo que se menciona anteriormente y en otros estudios el sexo femenino presenta un mayor riesgo a la depresión es así como para algunos autores como Cardoso y cols, quienes mencionan que las mujeres sobre todo en la vejez tienen ciertas desventajas económicas, menos oportunidad laboral, mayor carga social (Cardoso, Soriano, García, & Falcón, 2019).

Asimismo, los síntomas depresivos en los adultos mayores pueden afectar dimensiones emocionales como el llanto, la tristeza, la apatía y cogniciones como la desesperanza, la culpa y, por supuesto, cambios en la energía y el apetito (Martina, Ara, Gutiérrez, Nolberto, & Piscoya, 2017). De este modo se puede acatar que la depresión en el adulto mayor tiene un impacto en el desempeño social o individual, ya que tal como lo menciona Uchoa, 20% de los participantes siente que su vida está vacía, el 55% de los adultos se les hace duro empezar nuevos proyectos, y el 26% no se siente lleno de energía, siendo directamente factores que influyen en la misma (Uchoa, Chaves, Botelho, Polaro, & Oliveira, 2019).

Según Ferro, las personas mayores institucionalizadas tienen problemas psicológicos más graves que los que permanecen con sus familias, por la presencia de factores tanto personales como institucionales que influyen en su estado de ánimo a partir de esto según lo evidenciado en los resultados sociodemográficos publicados por este autor, en donde el 74% se encuentran alegres y optimistas, con buen ánimo casi todo el tiempo mientras que el 26%

adultos mayores no se encuentran así (Ferro, Díaz, & Hernández, 2020). Esto quiere decir que los síntomas relacionados con el estado de ánimo depresivo y la gravedad de la enfermedad (por ejemplo, deseando estar muerto, el futuro sombrío) y algunos síntomas no específicos son más comunes en las personas que viven en residencias de adultos mayores en comparación con los que viven en la comunidad (Souza, y otros, 2022). La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente productivo, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos (Villar & Triadó, 2014).

Se han descrito estudios de gran significancia, metaanálisis y ensayos aleatorios, que abordan la depresión en el adulto mayor, con ello se pudo evidenciar varios autores concuerdan con los factores de riesgo y aquellos que son protectores para la depresión. Sin embargo, actualmente se continúan realizando investigaciones afines.

CONCLUSIONES

- En Ecuador, según reportes consultados en la base de datos del INEC, se aprecia que esta causa afecta a casi la mitad de ese grupo poblacional; problema de salud mental con una tendencia secular ascendente, que expresa posibles cambios sistemáticos en las tasas específicas de esta patología según la edad, en función del tiempo. Desde el punto de vista médico, se muestra información referente a la interacción de factores sociales, epidemiológicos y demográficos presentes en esta población a lo largo del tiempo, los que, para revertirlos, precisan del desarrollo de intervenciones multidisciplinarias dirigidas al aumento de acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad.
- La depresión en el anciano tiene características propias y es evidente su impacto en la calidad de vida, comorbilidades y pensamientos suicidas. Es importante conocer los factores de riesgo de la depresión, incluidos los factores de riesgo demográficos, biológicos, sociales y económicos, para poder tratar el problema con mayor eficacia.
- Es importante identificar las manifestaciones clínicas de un cuadro depresivo de manera oportuna, es así que se mencionan los criterios de Episodio Depresivo Mayor (DSM-5) tales como pérdida de interés, insomnio o hipersomnias, agitación psicomotora, fatiga, falta de energía, sentimientos de inutilidad, disminución de la concentración, pensamientos de muerte, etc.
- La depresión es una entidad que ataca al adulto mayor en estado de vulnerabilidad, que generalmente es subestimada por el personal de salud, por ello es importante evaluar el estado del paciente de manera individualizada para establecer las medidas adecuadas según el caso de manera oportuna.

RECOMENDACIONES

- Al ser la depresión en el adulto mayor uno de los problemas de salud pública en la actualidad, se sugiere ampliar e intensificar investigaciones sobre el tema en estudio, con el fin de incentivar el envejecimiento saludable.
- En el proceso de envejecimiento el adulto mayor va perdiendo capacidades que permitían solventar sus necesidades y actividades del diario vivir, sumándose otros factores que condicionan un riesgo hacia una alta probabilidad de ser dependientes y limitantes, por lo que es imprescindible educar a los profesionales de la salud, población, familia, personal a cargo del cuidado sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la depresión priorizando el bienestar de éste grupo.
- Es esencial que el personal de salud se encuentre capacitado para la atención adecuada a los adultos mayores, así como también la aplicación de las distintas guías de valoración integral de geriatría, que permita cumplir los procesos diagnósticos enfocados en la determinación oportuna del desarrollo de depresión.
- Es de gran importancia el brindar una atención óptima y multidisciplinaria hacia los adultos mayores, además de un trato digno y personalizado ya que son seres vulnerables con gran necesidad de sentirse amados, esto contribuirá a la autoestima, disminuirá el grado depresivo y mejorará la calidad de vida de este grupo etario.

BIBLIOGRAFÍA

- Agis, R., López, D., Bermúdez, V., & Pérez, M. (2020). Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Horizonte sanitario*, 19(3), 365-373.
- Alexopoulos, G. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational psychiatry*, 9(1), 1-16. Obtenido de <https://www.nature.com/articles/s41398-019-0514-6>
- Alomoto, M., Calero, S., & Vaca, M. (2018). Intervention with physical-recreational activity to anxiety and depression in the elderly. *Revista Cubana de investigaciones Biomédicas*, 37(1), 47-56. Obtenido de https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
- Araque, M. á., Ruiz, P., & Artés, E. M. (2021). Effects of a multicomponent physical exercise program on fitness, self-esteem, anxiety and depression on older adults. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 39, 1024-1028.
- Aravena, J., Gajardo, J., & Saguez, R. (2018). Mental health in older men in Chile: a reality to be prioritized. *Avances, actualizaciones y desafíos de la medicina contemporánea*, 42, 1-5. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.121>
- Baldeón, P., Luna, C., Mendoza, S., & Correa, L. (2019). Depresión en el adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47-52. doi:DOI 10.25176/RFMH.v19i4.2339
- Baltazares, C. (2021). Relación del insomnio con la calidad de vida en una población de adultos mayores / Relación del insomnio con la calidad de vida en una población de adultos mayores. *Portal Regional BVS*, 77. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1390992>
- Barnett, A., Zhang, C., Johnston, J., & Cerín, E. (2018). Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 30(8), 1153-1176. doi:<https://doi.org/10.1017/S104161021700271X>
- Barrera, A., Viniegra, A., Valenzuela, A., Torres, L., & Dávila, J. (2016). Metodología para el desarrollo y la actualización de guías de práctica clínica: estado actual. *Medigraphic*, 78-91. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im161s.pdf>

- Brüning, K., & Mora, I. (2019). Depresión en adultos mayores: una mirada desde la Medicina Familiar. *Pontificia Universidad de Chile*, 3, 1-6. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/publicacion/depresion-en-adultos-mayores-una-mirada-desde-la-medicina-familiar/>
- Buenaño, L. A. (2019). Deterioro cognitivo, depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores. Cuenca 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*, 37(2), 13-20. doi: <https://doi.org/10.18537/RFCM.37.02.02>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182. doi:<https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Calvopiña, R. E. (2021). *Terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de la depresión en adultos mayores*. Tesis de licenciatura, Univesidad Central del Ecuador, Quito. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/25514/1/FCDAPD-CTO-CALVOPI%c3%91A%20ROSA.pdf>
- Cancino, M., Rehbein, L., & Ortíz, M. (2018). Cognitive reserve, depression and social support. Analysis of 206 older adults. *Revista médica de Chile*, 146(3), 315-322. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>.
- Cardoso, E., Soriano, S., García, A., & Falcón, M. (2019). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria*, 3(5), 1.3.
- Cerecero, D., Macías, F., & Áramburo, F. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62(6), 840-850. doi:<https://doi.org/10.21149/11558>
- Chávez, S. A., Barreiro, L. M., & Franco, N. G. (29 de Abril de 2019). *Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores*. Obtenido de <https://ideas.repec.org/a/erv/rccsrc/y2019i2019-1060.html>, 2019
- Choi , Y.-J., O'Donnell, M., Choi , H.-B., Jung , H.-S., & Cowlshaw , S. (2018). Associations among Elder Abuse, Depression and PTSD in South Korean Older Adults. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1948. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph15091948>
- Conejero, I., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical interventions in aging*, 13(1), 691. doi:<https://doi.org/10.2147%2FCIA.S130670>
- Corea, M. T. (2021). Depression and its impact in public health. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), S1-88. doi:DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>

- Dao, A., Nguyen, V., Nguyen, H., & Nguyen, L. (2018). Factors associated with depression among the elderly living in urban Vietnam. *BioMed research international*, 2018. doi:<https://doi.org/10.1155/2018/2370284>
- Delgado, C., Malcus, E., & Rincón, L. (2019). Efectos del ejercicio físico sobre la depresión y la ansiedad. *Revista Colombiana De Rehabilitación*, 18(2), 128-145. doi:<https://doi.org/10.30788/RevColReh.v18.n2.2019.389>
- Esmeraldas, E. E., Falcones, M. R., Vásquez, M. G., & Solórzano, J. A. (2019). The aging of the elderly and its main characteristics. *Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74. doi:<http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>
- Espinoza, R., & Unützer, J. (2021). Diagnosis and management of late-life unipolar depression. *Solomon D. UpToDate*, 3(1), 1-7. Obtenido de <https://www.medilib.ir/uptodate/show/1719>
- Ferro, Y., Díaz, Y., & Hernández, E. (2020). Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), 1-13. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101696>
- González, J., Valdés, M., Iglesias, S., García, M., & González, D. (Noviembre de 2018). LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO. *NPunto*, 1(8). Obtenido de <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>
- Goñi, A., Cámara, C., & García, P. (2021). Factores de riesgo de depresión de inicio en la edad tardía del anciano: una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 28(2), 100310. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2021.01.001>
- Hernández, L. V., & Rincón, G. E. (2020). *Factores que influyen en la Depresión en el adulto mayor*. Tesis doctoral, Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga. Obtenido de http://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/28721/1/2020_depresion_adulto_mayor.pdf
- Hernández, M., Fernández, J., Blanco, M., Alves, M., Fernández, J., Souto, A., . . . Clavería, A. (2020). Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201908038.
- Holmquist, S., Nordström, A., & Nordström, P. (2020). The association of depression with subsequent dementia diagnosis: A Swedish nationwide cohort study from 1964 to

2016. *Medicina PLoS*, 17(1), e1003016.
doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003016>
- INEC. (2019). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009: https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292/related_materials
- INEC. (12 de octubre de 2022). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Salud, Bienestar y Envejecimiento: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/ecuador-adultos-mayores-poblacion/>
- Lampert, C., & Ferreira, V. (2018). Factors associated with depressive symptomatology in the elderly. *Aval Psicol*, 17(2), 205-212.
doi:<http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>
- Lawrence, B., Jayakody, D., & Bennett, R. (2020). Hearing Loss and Depression in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Gerontologist*, 60(3), e137–e154. doi:<https://doi.org/10.1093/geront/gnz009>
- León, F., Torres, A., Cedeño, A., Aguilar, E., & Cazares, J. (2020). Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis . 99. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf
- Lliguisupa, V., Álvarez, R., Bermejo, D., Ulloa, A., & Estrada, J. (2022). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, VIII(1), 16-21.
doi:<http://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>
- Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397.
doi:<http://dx.doi.org/10.15381/>
- MIES. (11 de Octubre de 2022). *Ministerio de Inclusión Económica y Social*. Obtenido de Dirección Población Adulta Mayor: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Móles, M. P., Clavero, A. E., Lucas, M. V., & Folch, A. (2019). Factors associated with depression in older adults over the age of 75 living in an urban area. *Enfermería Global*, 18(55), 58-70. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- Molina, J., Mogroviejo, J., Morocho, I., Orellana, A., & Delgado, N. (2013). Prevalencia de depresión, diabetes e hipertensión arterial en pacientes geriátricos. *Revista Médica HJCA*, 5(2), 145-146.

- Morales, S. A., & Chavarro, D. (2021). A Holistic View of Depression in Colombian Older People. *Universitas Medica*, 62(1), 1-7. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-1.holi>
- OMS. (13 de Febrero de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de La salud mental y los adultos mayores: <https://www.who.int/es/%20news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los%20-adultos-mayores>
- OMS. (10 de Septiembre de 2018). *Organización Mundial de la Salu*. Obtenido de Plan de acción sobre la salud mental en el adulto mayor.
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de Octubre de 2022, de La Asamblea Mundial de la Salud acuerda resoluciones sobre la salud de la mujer, el niño y el adolescente y sobre el envejecimiento saludable: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/>
- OMS. (2022 de septiembre de 2022). *World Health Organization*. Obtenido de WHO: <https://www.who.int/news-room/>
- Parada, K. R., Guapizaca, J. F., & Bueno, G. A. (2022). Cognitive impairment and depression in older adults: a systematic review of the last 5 years. *Revista científica Uisrael*, 9(2), 77-93. doi:<https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M., Behera, P., Dutt, S., Khurana, H., . . . Baniya, G. (2019). Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 19(1), 1-18. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7136-z>
- Pramesona, B., & Taneepanichskul, S. (2018). Prevalence and risk factors of depression among Indonesian elderly: A nursing home-based cross-sectional study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 30, 22-27. doi:<https://doi.org/10.1016/j.npbr.2018.04.004>
- Prieto, S., Villanueva, E., Arias, N., & Jiménez, C. (2018). Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de Mexico*, 32(4), 388-395. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66809>
- Reyes, R. (20 de Abril de 2018). *Adulto Mayor Inteligente*. Obtenido de <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>
- Sousa, K., Freitas, F., Castro, A., Oliveira, C., Almeida, A., & Sousa, K. (2017). Prevalence of depression symptoms in elderly people assisted by the family health strategy. *Rev Min Enferm*, 21(1), E1018.

- Souza, E., Pires, D., Santos, C., Souza, R., Peloso, B., & Okino, N. (2022). Implicaciones de la depresión en la calidad de vida del anciano: estudio seccional. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*(66), 433-446. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n65/1695-6141-eg-21-65-433.pdf>
- Toro, V. (Octubre de 2022). *DSPACE*. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9788/1/Toro%20Iza%2c%20V%20%282022%29%20Caracterizaci%3b%20de%20las%20intervenciones%20psicol%3b%20gic%20en%20la%20atenci%3b%20al%20adulto%20joven%20con%20dependencia%20emocional%20y%20riesgo%20suicida%20>
- Trujano, R., Soriano, M., De Jesús, N., & Mayen, A. (2018). Depresión en adultos mayores, diferencias entre sexos. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 682-697. Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep>
- Tumi, K. F., & Villafuerte, W. C. (2021). *Relación entre la depresión y las características sociodemográficas, clínicas en pacientes con tuberculosis en establecimientos de salud del primer nivel de atención, ciudad del Cusco, 2021*. Tesis de licenciatura, Universidad Andina del Cusco, Cusco. Obtenido de <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/4080>
- Uchoa, V., Chaves, L., Botelho, E., Polaro, S., & Oliveira, M. (2019). Factors associated with depressive symptoms and functional capacity in elderly. *Cogitare Enfermagem*, 24(1), 1-12. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60868>
- Unützer, J., & Park, M. (2012). Older Adults With Severe, Treatment-Resistant Depression. *JAMA*, 308(9), 909-918. doi:[doi:10.1001/2012.jama.10690](https://doi.org/10.1001/2012.jama.10690)
- Vélez, E., Falcones, M., Vásquez, M., & Solórzano, J. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74. doi:<http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>
- Villar, F., & Triadó, C. (2014). *Psicología de la vejez*. Alianza Editorial.
- Wand, A., & Zhong, B. (2020). The implications for suicide in older adults. *International psychogeriatrics*, 32(10), 1225-1230. doi:<https://doi.org/10.1017/S1041610220000770>
- WHO. (2017). *World Health Organization*. Obtenido de Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHOMSD-MER-2017.2-eng.pdf>