

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE MEDICINA INTERNA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
INTERNA**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES CON ALTO RIESGO DE
CAÍDAS QUE ACUDEN A MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
PABLO ARTURO SUÁREZ, DURANTE ENERO A MARZO DE
2019.**

AUTORA:

DRA. DÁVALOS HERRERA MARÍA ALEXANDRA

DIRECTOR DE DISERTACIÓN:

DRA. SUASTE PAZMIÑO KATHYA VERÓNICA

DIRECTOR METODOLÓGICO:

DR. ROMMEL ESPINOZA DE LOS MONTEROS

QUITO, 2019

CARTA DEL DIRECTOR



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SOLICITUD DE TRÁMITES

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca | Apartado postal: 17-01-2184 | Fax: (593) 2 250 95 | Telf.: (593) 2 299 17 00 | Quito - Ecuador

Quito, 7 de Enero del 2019

Señor Doctor

Pérez Pazmiño Francisco

DECANO FACULTAD DE MEDICINA

Presente.-

Yo, Suaste Pazmiño Kathya Verónica, con CI 1718640806 médico tratante de Medicina Interna

y docente de la Pontificia Universidad del Ecuador, acepto dirigir el trabajo de titulación:

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en adultos mayores con alto riesgo de caídas que acuden a medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, durante enero a marzo de 2019.

Le agradezco de antemano por la atención dada.

Atentamente

MD. Kathya Suaste P.
ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA
COD. 1718640806

Md. Suaste Pazmiño Kathya Verónica,

CI 1718640806

Cel. 0984016369



DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios y mis ángeles, que han hecho posible la culminación del cumplimiento de una meta más.

Dedico este trabajo a mis consejeros, mi fortaleza, mis padres; sin duda dar inicio a una especialidad sin ellos hubiera sido una misión imposible.

Alexandra

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, sin su apoyo, cariño y dedicación esta carrera de medicina tan solo fuera un sueño.

Quisiera dedicar este trabajo a Mía, que aun siendo tan pequeña, ha sido un gran estímulo para concluir este trabajo.

Me gustaría reconocer también a mi directora y metodólogo, que con sus consejos y acertadas correcciones han hecho posible este trabajo.

Alexandra

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ABVD	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
AIVD	ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
APA	AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION
CELADE	CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA
CEPAL	COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
DASS 21	ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS
DSM	MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES
ENASEM	ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO
ENCaViAM	ENCUESTA NACIONAL SOBRE CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES
EURODEP	ESTUDIO COMUNITARIO EUROPEO SOBRE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
GDS-15	ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE DE 15 ITEMS
H-EPESE	POBLACIONES HISPANAS ESTABLECIDAS PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS ANCIANOS
HPAS	HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
HTA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
INDEC	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA
INEC	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
IC	INTERVALO DE CONFIANZA
MIES	MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
MoCA	ESCALA DE EVALUACIÓN COGNITIVA DE MONTREAL
MSP	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
OR	ODDS RATIO/ RAZÓN DE MOMIOS
SABE	ENCUESTA SOBRE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO
SPSS	STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION
X² CHI CUADRADO

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARTA DEL DIRECTOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
GLOSARIO DE TÉRMINOS	V
ÍNDICE DE CONTENIDO	VII
LISTA DE TABLAS	IX
LISTA DE FIGURAS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
CAPÍTULO I	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	4
2.1. MARCO TEÓRICO	4
2.1.1. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR	4
2.1.1.1. <i>Epidemiología de la depresión en el adulto mayor</i>	4
2.1.1.2. <i>Factores de riesgo de la depresión</i>	5
2.1.1.3. <i>Factores de riesgo de caídas</i>	6
2.1.1.4. <i>Instrumentos de medición de la depresión</i>	8
2.1.2. CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES	9
2.1.2.1. <i>Instrumentos de valoración de caídas en el adulto mayor</i>	10
2.1.3. DEPRESIÓN Y CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES	10
CAPÍTULO III	13
3.1. MATERIALES Y MÉTODOS	13
3.1.1. JUSTIFICACIÓN	13
3.1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
3.1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	15
3.2. OBJETIVOS	15
3.2.1. OBJETIVO GENERAL	15
3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3.3. METODOLOGÍA	15
3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	15
3.3.2. POBLACIÓN	19

3.3.3.	MUESTRA	19
3.3.4.	TIPO DE ESTUDIO:.....	20
3.3.5.	TIPO DE MUESTREO:	20
3.3.4.	CRITERIOS.....	20
3.3.4.1.	<i>Criterios de Inclusión:</i>	20
3.3.4.2.	<i>Criterios de Exclusión:</i>	21
3.3.5.	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA.....	21
CAPÍTULO IV.....		23
4.1.	RESULTADOS	23
4.1.1.	ANÁLISIS UNIVARIAL.....	23
4.1.2.	ANÁLISIS BIVARIAL.....	29
CAPÍTULO V		38
5.1.	DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO VI.....		44
6.1.	CONCLUSIONES.....	44
6.2.	RECOMENDACIONES.....	45
6.3.	LIMITACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA		47
ANEXO 1		53
ANEXO 2		58
ANEXO 3		59
ANEXO 4		60
ANEXO 5		61
ANEXO 6		63
ANEXO 7		64
ANEXO 8		69

LISTA DE TABLAS

N° TABLA	DESCRIPCIÓN	PÁG.
Tabla 1.	Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según edad	24
Tabla 2.	Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según estado civil.....	24
Tabla 3.	Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según fenotipo y estado civil	24
Tabla 4.	Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según situación laboral	25
Tabla 5.	Distribución en la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según el fenotipo y la convivencia	26
Tabla 6.	Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según el nivel de escolaridad	26
Tabla 7.	Número de fármacos consumidos por la población adulto mayor con alto riesgo de caídas	27
Tabla 8.	Uso de ayudas técnicas para la deambulaci3n en la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas.....	28
Tabla 9.	Escala de Lawton y Brody en la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas.....	28
Tabla 10.	Índice de Katz en la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas.....	28
Tabla 11.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresi3n y situaci3n laboral.....	31
Tabla 12.	Pruebas de significancia estadística entre situaci3n laboral y depresi3n.....	31
Tabla 13.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresi3n y convivencia.....	32
Tabla 14.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresi3n y nivel de escolaridad	32
Tabla 15.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresi3n y comorbilidades	33
Tabla 16.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresi3n e incontinencia urinaria.	33
Tabla 17.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresi3n y polifarmacia.....	34
Tabla 18.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresi3n y ayudas técnicas para la deambulaci3n.....	34
Tabla 19.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresi3n y Escala de Lawton y Brody.....	35
Tabla 20.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según fenotipo y escala de Lawton y Brody.....	35
Tabla 21.	Distribuci3n de la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresi3n y Escala de Katz modificada.	36
Tabla 22.	Variables asociados con depresi3n en adultos mayores con alto riesgo de caídas.....	37

Tabla 23. Variables asociadas con depresión en adultos mayores con alto riesgo de caídas.....	63
--	-----------

LISTA DE FIGURAS

FIGURA N°	DESCRIPCIÓN	PÁG.
Figura 1.	Asociación entre depresión y caídas	11
Figura 2.	Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según fenotipo (n: 271).....	23
Figura 3.	Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según convivencia (n: 271).....	25
Figura 4.	Comorbilidades en la población de adultos mayores con alto riesgo de caídas (n: 271)	27
Figura 5.	Distribución de la población de adultos mayores con alto riesgo de caídas según el grado de depresión. (n: 271)	29
Figura 6.	Distribución de la población de adultos mayores con alto riesgo de caídas por fenotipo y grado de depresión. (n: 271).....	30
Figura 7.	Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según estado civil y grado de depresión. (n: 271)	30

RESUMEN

La depresión en el adulto mayor repercute en su desenvolvimiento. El objetivo fue determinar la prevalencia de depresión e identificar factores de riesgo asociados en adultos mayores con alto riesgo de caídas atendidos en medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suárez durante enero a marzo del 2019. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Se encuestaron 271 adultos mayores, ≥ 60 años que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. En el análisis multivariado se calculó OR y χ^2 . La prevalencia de depresión fue de 46%. Se asociaron el género masculino (OR 9,1705 IC: 1,022-2,844), incontinencia urinaria (OR 1,755, IC: 1,071-2,874), polifarmacia (OR 1,944, IC: 1,066 -3,545) índice de Katz (OR 2,015, IC: 1,121-3,624), e índice Lawton y Brody (OR 2,100, IC: 1,061-4,157) con una $p \leq 0,05$. En conclusión la depresión en adultos mayores es más prevalente en hombres, probablemente debido al índice de masculinidad en la población atendida en el HPAS. Además está asociada a la dependencia de actividades instrumentales e incontinencia urinaria, como también a la polifarmacia.

Palabras claves: depresión, adulto mayor, caídas.

ABSTRACT

Depression in the elderly affects its development. The aim of this study was to determine the prevalence of depression and identify associated risk factors in older adults with a high risk of falls treated in internal medicine at the Pablo Arturo Suárez Hospital during January to March 2019. It was a simple random descriptive. The survey was applied to 271 patients, ≥ 60 years, who met the inclusion and exclusion criteria. In the multivariate analysis, the OR and χ^2 were calculated. The prevalence of depression was 46%. It was associated with male gender (OR 9,1705 CI: 1,022-2,844), urinary incontinence (OR 1,755, CI: 1,071-2,874), polypharmacy (OR 1,944, CI: 1,066-3,545), Katz index (OR 2,015, CI: 1,121-3,624), and the Lawton-Brody index (OR 2,100, CI: 1,061-4,157) with a $p \leq 0.05$. In conclusion, depression in older adults is more prevalent in men, given the index of masculinity in the population treated in the HPAS. It is also associated with dependence on instrumental activities and urinary incontinence, as well as polypharmacy.

Keywords: depression, elderly people, falls.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Actualmente, nuestra sociedad se encuentra en una etapa de transición demográfica, debido a la baja tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida; produciéndose así el fenómeno del envejecimiento poblacional. Es decir, que existe un mayor crecimiento de la población adulta en relación a la población total (United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2017).

En América Latina y el Caribe, representan el 11% de la población y se estima que para el 2050 uno de cada cuatro habitantes será mayor de 60 años (Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., Medellín, N. 2018). Sin embargo, su distribución a nivel mundial no es equitativa, en países en vías de desarrollo viven las dos terceras partes de dicha población (United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2017).

En el Ecuador, los adultos mayores de 60 años representan el 7% de la población general, de los cuales la mayoría reside en las provincias del Guayas y Pichincha (Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor a las personas con edad igual o mayor a 60 años en países en vías de desarrollo y se considera que esta población incrementará hasta duplicarse para el 2050 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2017).

El proceso del envejecimiento implica cambios fisiológicos que predisponen al desarrollo de múltiples comorbilidades. Según datos de la OMS más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno neuropsiquiátrico, siendo la demencia y la depresión los más frecuentes. Dichas patologías son responsables de hasta un 6,6% de la discapacidad de este grupo etario (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Se define como depresión al trastorno del estado de ánimo y de las emociones; que puede llegar a afectar los sentimientos, la concentración y ritmos vitales como es alteración en el sueño y la memoria (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2008).

La depresión, puede mostrarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo. Aunque inicialmente puede manifestarse como tristeza exagerada y pesimismo; con diverso impacto en la realización de las actividades cotidianas o en el desempeño de la persona (Aguila y Ávila, 2007).

Esta patología repercute en la salud del adulto mayor. Está asociada con un mayor declive funcional; dado que provoca deterioro cognitivo que limita la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, disminuyendo su calidad de vida (Sarró, Ferrer, Formiga, y Rojas, 2013).

Se considera que la depresión tiene una relación bidireccional con el riesgo de caídas, e incluso se propone como un factor de riesgo independiente para este tipo de traumas. Se ha estimado que el riesgo de caídas es del doble o más en adultos mayores con síntomas de depresión (Pellicer, Antón, Moreno, Castro, y Juárez, 2017).

El presente trabajo de titulación se lleva a cabo en el HPAS, hospital de segundo nivel, que recibe pacientes de referencia del sector norte de la provincia de Pichincha. El objetivo principal de este estudio fue definir la prevalencia de depresión de adultos mayores con alto riesgo de caídas, estableciéndose dentro de los objetivos específicos definir los grados de depresión en adultos mayores. Otros de los objetivos secundarios fue describir características sociodemográficas en esta población.

La organización del trabajo consta de la introducción en la que se hace referencia brevemente a la epidemiología de la población de adulto mayor a nivel internacional como nacional, además del impacto de la depresión en el adulto mayor.

En el segundo capítulo, se efectuó la revisión bibliográfica que describe la depresión, como su epidemiología y factores de riesgo. Además de epidemiología de caídas, descritas en el escenario del adulto mayor, y escalas validadas para ambos factores mencionados. Finalmente se menciona la relación entre riesgo de caída y depresión.

El tercer capítulo se refiere a la metodología usada en la investigación. Se mencionan las variables, a evaluarse, así como la operacionalización. Además se describen los métodos estadísticos, usados para la obtención de la muestra.

El cuarto capítulo, es acerca de los resultados obtenidos de la presente investigación, haciendo uso de herramientas como gráficas y tablas. Posteriormente, se puede encontrar las referencias bibliográficas, para las cuales se usaron normas APA. Finalmente los anexos, donde se exponen las encuestas usadas, el consentimiento informado aplicado y resultados con $p < 0,05$.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

2.1.1.1. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor

La esperanza de vida en América Latina es de 72,8 y 79,1 años, para hombres y mujeres respectivamente, mientras que en el Ecuador el promedio es 76,8 años (OMS, 2017). Como país, estamos cursando por una transición demográfica, un cambio en la composición de su población debido a la disminución de la tasa de fecundidad (de 3,1 a 2,22). Con un incremento en la pirámide poblacional en la punta que está representada por edades avanzadas y el estrechamiento de la base, que es la población joven (Freire et al., 2010).

Aunado con una transición epidemiológica se observa una mayor afectación por enfermedades degenerativas como problemas de salud mental. Lo que lleva a un mayor peso de las enfermedades crónicas relacionadas con los adultos mayores en nuestro país (Freire et al., 2010).

Según la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento [SABE] 2010, en nuestro país la prevalencia medida por la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS), fue de 35,6% en relación a grado leve/moderado; mientras que un 3,4% padece depresión severa. Con mayor afectación a la población mayor de 75 años (Freire et al., 2010).

En una población colombiana de adultos mayores atendidos por consulta externa, según los criterios de Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta versión, (DSM – IV), la prevalencia de depresión fue de 27,3% (Moreno, Ramos, Luna y Torres, 2017); mientras que adultos mayores institucionalizados evaluados por GDS, la prevalencia incrementó hasta 37% (Estrada, et al., 2013).

Hallazgo similar al encontrado en Barcelona - España, donde se reporta una prevalencia del 34,5% en pacientes mayores de 80 años, según la escala GDS (Sarró et al., 2013). En adultos mayores con historia previa de caídas, la prevalencia de depresión fue 28,2% de igual manera evaluada con GDS (Pellicer et al., 2017).

Como se evidencia, la prevalencia de depresión en adultos mayores, varía según los instrumentos de diagnóstico usados como del medio donde son aplicados (comunidad, institucionalizados u hospitalizados).

2.1.1.2 Factores de riesgo de la depresión

Los factores de riesgo para la depresión en adultos mayores en nuestro país, no difieren de otros. En un estudio realizado en 130 adultos mayores de los centros gerontológicos de la población lojana, se identificaron como factores de riesgo: las enfermedades degenerativas, dolor crónico, nivel socioeconómico bajo y la carencia de apoyo familiar (Sinchire, 2017).

Mientras que en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, se filió como factores asociados a la depresión: tener una ocupación actual no remunerada, una mala percepción del dinero en casa y dependencia según el test de Lawton/Brody (Yépez, 2016). Estos datos son concordantes con estudios realizados en países latinos como México (Rivera, Benito, y Pazzi, 2015).

Otros factores asociados con el desarrollo de depresión en los adultos mayores son: la incontinencia urinaria (OR 1,15 – $p < 0,01$), el síndrome de fragilidad (OR 1,15 – $p 0,03$) y el riesgo de caídas (OR 1,34 - $p < 0,01$) (Moreno, Ramos, Luna y Torres, 2017); así como la polifarmacia (OR 4,22 IC 2,14 – 8,31) (Robles, 2018). Otras series han encontrado un incremento de riesgo de depresión de hasta 5,9 veces en adultos mayores con incontinencia urinaria (Güzel, Uçar, Sahin-Onat & Unsal-Delialio, 2014).

En relación a la esfera cognitiva, en una serie que involucraba a parte de la población original del estudio de Framingham Heart (949 pacientes), se evaluó de manera basal con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; dónde se

concluyó que la depresión es un factor de riesgo para la demencia (OR 1,72 IC 1,04 a 2,84, p: 0,035) y la Enfermedad de Alzheimer (OR 1,76 IC 1,03 a 3,01, p: 0,039) (Beiser, 2010).

Esta premisa no dista de la realidad de nuestra población; en una investigación realizada en una región costera – Atahualpa, se encontró que los pacientes que presentaban depresión valorada por la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21), tenían un valor mucho menor en la escala de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA). Esta escala identifica a pacientes con deterioro cognitivo leve de aquellos con afectación cognitiva atribuida al envejecimiento. Por lo que se concluyó que esta morbilidad influye en el deterioro cognitivo (Brutto et al., 2014).

Además, la dependencia funcional se ve afectada por la depresión. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son aquellas que permiten al adulto mayor desenvolverse en su medio, incluyen las de la vida cotidiana. Mientras que las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), son más complejas, abarcan el uso de dinero, teléfono, medicación; que se evalúan con el test de Lawton y Brody (ver anexo 4) (Paredes, Y., Yarce, E., Aguirre, 2018).

El test de Katz (ver anexo 3) evalúa las ABVD. Abarca 6 ítems, que incluye cinco actividades, entendiéndose como una acción dirigida hacia una meta, además de una actividad corporal, como es la continencia. Mientras que el test de Lawton y Brody valora ocho ítems, y a menor puntaje, mayor dependencia (Díaz, Gandoy, y González, 2017).

Como se ha señalado la depresión es un factor de riesgo para múltiples patologías que entorpecen y dificultan un adecuado desenvolvimiento del adulto mayor en su entorno.

2.1.1.3. Factores de riesgo de caídas

En una revisión sistemática, afirman que su etiología es multifactorial para lo cual se han agrupado en cuatro categorías (Terroso, Rosa, Torres, & Simoes, 2014)

- Neurológicas: se menciona a la enfermedad cerebrovascular y a la demencia como las más prevalentes.
- Cardiovasculares: hipotensión ortostática, arritmias y síncope.
- Osteomusculares: osteoporosis y artritis.
- La etiología miscelánea que incluye la depresión (4,5%).

En un estudio realizado en países latinoamericanos se observaron como factores de riesgo para caídas: sexo femenino (OR 1,36 a 2,34), síntomas depresivos (OR 1,02), limitación funcional (OR 1,46 a 2,04), artritis (OR 1,31 a 1,65); diabetes (OR 1,33 a 1,49), e hipertensión arterial (OR 1,09 a 1,83). Sin embargo, se debe recalcar que en relación a la depresión, no se pudo establecer si fue efecto directo o medicamentoso (Reyes-Ortiz et al., 2005).

Similares hallazgos se reportó en otra serie realizada en México, en adultos mayores de 60 años, a quienes se les realizó seguimiento por 11 años; reportando una prevalencia de caídas de hasta el 40% (Valderrama-Hinds, Snih, Nai-wei, Rodriguez, & Wong, 2018).

Así también se identifican en adultos mayores con antecedente previo de caídas otros factores de riesgo como: uso de ayudas para deambulacion en las que se incluye uso de bastón, muletas, silla de ruedas; ingesta de 4 o más fármacos, percepción de tristeza y miedo a caer (Pellicer et al, 2017).

Como factores de riesgo se encuentra además la edad. En Ecuador, a mayor edad se incrementa la probabilidad de caerse. La encuesta SABE-Programa Aliméntate Ecuador- MIES (2010), reporta en mujeres mayores de 60 años 37,1% que asciende a 44,4% en mayores de 75 años. Similar escenario se da en hombres; sin embargo, predomina en el sexo femenino (Reyes, Snih, y Markides, 2005).

En relación al número de caídas, son mayores de igual forma con el envejecimiento. De tal manera que entre los 60 a 64 años, tanto en hombres como en mujeres el promedio es de 31,2%; con un incremento a los 75 años y más a 40,6% (Freire, W et al, 2010).

Por tanto, como se describió previamente los factores de riesgo de la depresión, son multifactoriales y muchos se comparten para ambas patologías. Se los podría agrupar como factores dependientes del individuo, en relación a la salud, intrínsecos como asociados al medio ambiente. De ahí que se considera mantienen entre estas dos comorbilidades un relación bidireccional.

2.1.1.4. Instrumentos de medición de la depresión

Se han determinado criterios diagnósticos de depresión mayor según la DSM V e incluyen: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer, alteraciones en el peso; como en el sueño, fatiga o pérdida de energía y hasta pensamientos recurrentes de muerte. Esto previamente descartando que el cuadro descrito no sea mejor explicado por otra patología y que los síntomas se presenten la mayor parte de todos los días por al menos dos semanas (Taylor, 2014).

Sin embargo, en la población de adulto mayor es más frecuente síntomas somáticos, como la ansiedad e irritabilidad. Mientras que el trastorno del estado de ánimo es un hallazgo menos común (Taylor, 2014).

Otros instrumentos para valorar la depresión en adultos mayores, es la GDS, que previamente se ha mencionado. En el transcurso de la historia ha ido evolucionando, sin perder su rentabilidad. Previamente constaba de 30 ítems, actualmente se dispone de una forma abreviada de 15 ítems, ya validado en América Latina. En Colombia se reporta un índice de confiabilidad del 0,7268; por ende es altamente confiable (Bacca, González, y Uribe, 2004).

La GDS (15 ítems), resalta el componente cognitivo de la depresión, mientras que excluye el componente somático; que en una población de adulto mayor fácilmente pudiera entorpecer su identificación (Gómez y Campo, 2011).

Otra fortaleza de esta escala es que discierne con certeza los adultos mayores con depresión de los que no están, en menos de 10 minutos. Considerando que esta población es más propensa a la fatiga y falta de atención cuando es sometida a encuestas

engorrosas. Puede ser aplicada por personal médico en atención primaria (Bacca et al, 2004).

Mientras que si es diagnosticada por el DSM-IV, los adultos mayores en varias ocasiones no cumplen con todos los criterios, tienen presentaciones atípicas y no tiene un acápite por separado para la valoración de la depresión del adulto mayor (Bacca et al, 2004).

Considerando todas las fortalezas y debilidades de los escalas de valoración descritas, se debe resaltar que una vez realizada un screening de esta patología, se aconseja realizar un seguimiento y valoración posterior, así lo recomienda el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Sin embargo existen posturas contradictorias (Mojtabai, 2014).

2.1.2. CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES

Es definida en el manual del MSP, 2008 como eventos involuntarios o accidentales que precipitan a la persona a un nivel inferior o al suelo. Además la OMS, 2001, menciona que no debe incluirse aquel cambio intencional que realice el adulto mayor en relación a su posición, destinadas a descansar sea en muebles, u otros objetos.

En muchas ocasiones se interpreta de manera ambigua el término de caídas. Los médicos se enfocan en las consecuencias de la misma, mientras que los adultos mayores la entienden como pérdida del balance. Siendo omitido aquellos eventos que no involucran lesiones; por lo que la instauración de medidas preventivas es retardada (Zecevic, Salmoni, Speechley, y Vandervoort, 2006).

En otras series, en países latinoamericanos como Santiago de Chile, Buenos Aires, Sao Paulo, México, Montevideo y Habana (donde se incluyeron datos de la encuesta SABE), el estudio Poblaciones Hispánicas establecidas para estudios epidemiológicos de los ancianos (H-EPESE), reporta que la mayor prevalencia de caídas es en Santiago de Chile, 20,3% (Reyes-Ortiz et al., 2005).

Su incidencia anual en el anciano joven (65-70 años) es de 25% y llega a 35-45% al tener edad más avanzada (80-85 años); pero superados los 85 años de edad el número de caídas reportadas disminuye, posiblemente por restricción de la actividad física (MSP, 2008).

2.1.2.1. Instrumentos de valoración de caídas en el adulto mayor

El riesgo de caída es valorado por diversos instrumentos, uno de ellos es la escala de Tinetti. Evalúa la movilidad del adulto mayor, mediante dos ámbitos: marcha y equilibrio. Ofrece esta ventaja sobre otros cuestionarios (Guevara y Lugo, 2012).

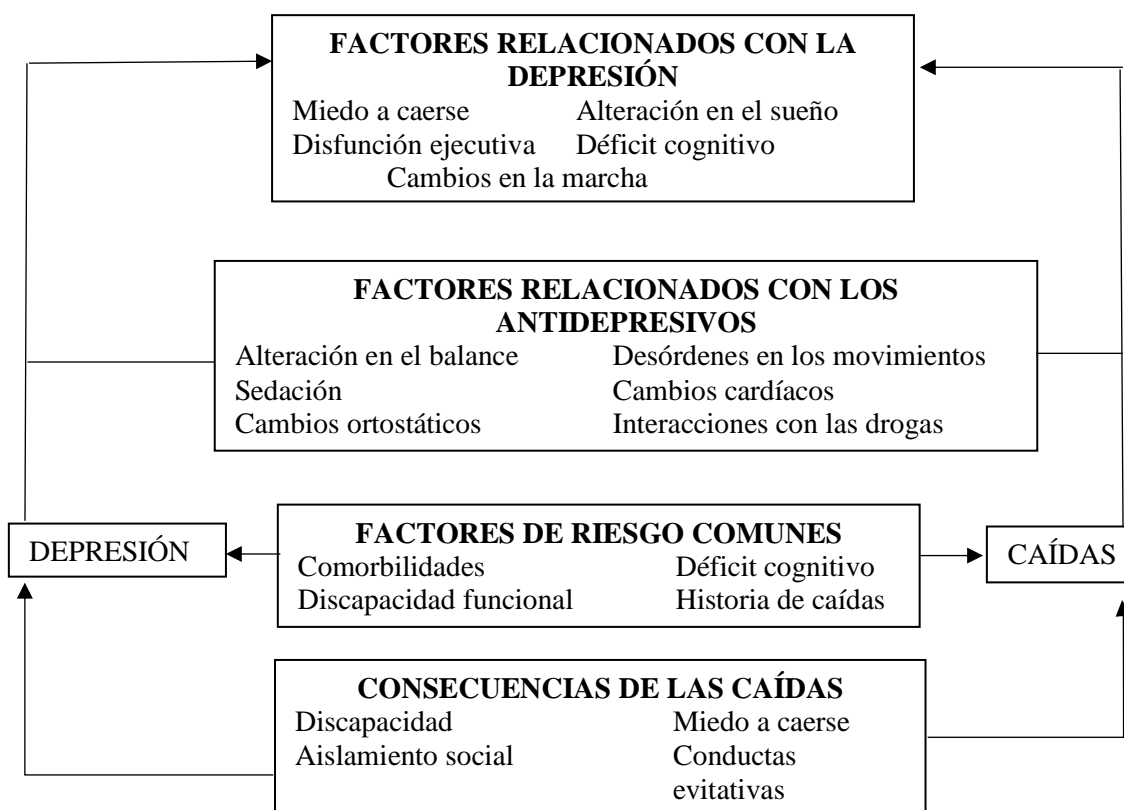
Las respuesta se califican como 0, que se interpreta que la persona no logra o no mantiene la estabilidad en los cambios de posición, mientras que 1 se entiende cuando el individuo logra los cambios de posición y 2 es cuando la persona ejecuta las diferentes tareas de escala, sin dificultades (MSP, 2008).

Por tanto, es importante investigar la presencia de depresión en nuestra población de adultos mayores con alto riesgo de caída con el fin de implementar medidas preventivas y de ser necesario tratamiento.

2.1.3 DEPRESIÓN Y CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES

Como se ha venido mencionando en los párrafos previos, estos dos factores de riesgo mantienen una asociación entre sí, ejemplificada en la gráfica inferior:

Figura 1. Asociación entre depresión y caídas



Tomado de: Iaboni & Flint, (2013)

Modificado por: Dávalos, M. (2019)

Se debe considerar que cuando el individuo camina, involucra algunos factores como la integridad sensitiva y motora así como las funciones cognitivas. Los cuales se ven alterados fisiológicamente en el envejecimiento. Por lo que se deben compensar esas pérdidas, durante la marcha (Iaboni & Flint, 2013).

Frente a un individuo con depresión, se ve afectado el balance a la marcha, dado que se vuelve lenta, inestable, con pasos cortos y un tiempo de reacción lento; que los predispone a caídas (Iaboni & Flint, 2013).

Además, se encuentran expuestos a un empeoramiento del costo de doble tarea. Se entiende como el deterioro de la velocidad de la marcha durante la realización de una tarea cognitiva, como es realizar operaciones matemáticas. Estableciéndose un deterioro, atribuido a una disfunción cognitiva en pacientes adultos mayores con depresión que les hace más proclives a las caídas. De las tareas ejecutivas más afectadas se encuentra la concentración, organización y planificación de las tareas. Es decir, su marcha se torna

más lenta e inestable, con menor respuesta a imprevistos externos como son los obstáculos. (Wright, Kay, Avery, Giordani, y Neil, 2011) (Naidu, Vasudev, Burhan, Ionson, & Montero, 2019).

En otra serie, se evaluó a adultos mayores de 70 años, que habían tenido una caída previa, con la escala GDS. Además se les valoró con el mini test motor, que valora las habilidades de sentarse, permanecer en bipedestación y la calidad de la marcha. Concluyeron, que un 66% tenían depresión, quienes obtuvieron un puntaje mucho menor de este test en relación a la cohorte restante. Por lo que afirmaron que la depresión está asociado con cambios posturales, que favorecen las caídas (Turcu et al., 2004).

Igualmente, las múltiples caídas fortalecen la relación con la depresión dado que el individuo pierde el sentido de autoeficacia, genera pensamientos negativos hacia el futuro y excesivo miedo a caerse. No es extraño, que la persona decida aislarse; favoreciendo a la instauración de los síntomas depresivos (Iaboni & Flint, 2013).

Como vemos ambos factores están asociados entre sí y condicionan la calidad de vida de los pacientes mayores; los hace más proclives a fracturas, dependencia de terceros e impidiendo un desenvolvimiento saludable con su medio; generando mayor depresión. Se concluye que se produce un círculo vicioso.

CAPÍTULO III

3.1. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1. JUSTIFICACIÓN

Frente a la transición demográfica que se ha descrito, no se puede hacer caso omiso de las patologías que esto acarrea. De hecho se ha estimado que entre el 2017 a 2050, la población mayor de 80 años a nivel mundial se triplicará (United Nations & Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2017).

Lo cual nos coloca frente a una doble carga de enfermedad; pues con el envejecimiento más acelerado se produce un desplazamiento de las enfermedades contagiosas a las crónicas como la depresión. En el ámbito sanitario conlleva al agotamiento de los recursos, dado que representan una fuente de gasto y discapacidad como repercusión en la autonomía de la población adulto mayor (Organización Mundial de la Salud [OMS] , 2001).

La depresión está asociada con repercusiones en diferentes esferas del adulto mayor. Se ha asociado con el riesgo de deterioro cognitivo progresivo de 2 a 5 veces. (Custodio et al., 2014). En países como Perú, se evidenció que había una mayor probabilidad de sufrir un trastorno neurocognitivo hasta del doble cuando presentaban depresión severa. De ahí la importancia de su identificación temprana (Vilchez et al, 2017).

Al momento no se dispone de estudios similares ejecutados en la población de adulto mayor en el Hospital Pablo Arturo Suárez. Por tanto determinar la prevalencia en esta población, permitirá la implementación de programas de prevención de los síndromes geriátricos descritos, para su detección, manejo y reducción de la carga de discapacidad en la vejez (OMS, 2001).

3.1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La depresión es una patología que afecta a los diferentes estratos poblacionales. Sin embargo, es considerado en muchas ocasiones en la población del adulto mayor como una afectación normal del envejecimiento y por ende sub diagnosticada en la consulta, por lo que es importante su evaluación con herramientas acorde a las características de esta población como es la escala GDS (Sarró et al, 2013).

Las caídas en el adulto mayor, acarrear consecuencias físicas y repercusiones psicológicas produciendo a la dependencia física (por temor a otras caídas), dependencia económica y social. De tal forma que del 25 al 75% de dicha población, con fractura de cadera no recobra el nivel de funcionalidad que tenía previamente a la caída y una cuarta parte restringe sus actividades, debido al miedo a caer y perdiendo su independencia (Murillo, Mino & Cruz, 2018).

Representa un gasto hospitalario, dado que el 40% de los adultos mayores sufren caídas severas que requieren hospitalización y entre el 30 a 40% necesitan de atención médica subsecuente. Siendo su detección mediante herramientas como el test de Tinetti imperativo (Murillo et al, 2018).

Es amplia la literatura de detección de factores de riesgo asociados a la depresión en esta población, pero en nuestro país no se ha centrado la investigación en un grupo de población condicionado por una característica o comorbilidad, como es el riesgo de caídas, es aquí donde radica la importancia de haber realizado este estudio.

3.1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de depresión en el adulto mayor con alto riesgo de caídas que acude a consulta externa de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, durante enero a marzo de 2019?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor con alto riesgo de caídas?

3.2.OBJETIVOS

3.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión e identificar los factores de riesgo asociados en los adultos mayores con alto riesgo de caídas que acuden a medicina interna del hospital Pablo Arturo Suárez, durante enero a marzo de 2019.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los grados de depresión más prevalentes entre los adultos mayores con alto riesgo de caída en la población de estudio.
- Describir características sociodemográficas en el adulto mayor con alto riesgo de caídas en la población de estudio.

3.3.METODOLOGÍA

3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDIDAS
Riesgo de caídas: Test de Tinetti	Evento involuntario o	1: Alto riesgo de caídas: <19	Cualitativa Categorica	Frecuencia Absoluta y

	accidental que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo	2: Riesgo de caídas: 19-24		relativa (Porcentaje)
Depresión	Estado síquico, prevalece una gran tristeza, definido por Escala de depresión Geriátrica de Yesavage	1: Normal - 0-5 puntos 2: Depresión Leve - 6-9 puntos 3: Depresión Severa: 10 o más puntos	Cualitativa Categorica	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)
Edad	Años cumplidos acorde a fecha de nacimiento inscrito en cédula de identidad	Años	Cuantitativa Discreta	Media, Mediana Moda Desviación estándar
Fenotipo	Características biológicas sexuales que diferencian al ser humano fenotípicamente como hombre y mujer.	1: Femenino 2: Masculino	Cualitativa Nominal Dicotómica	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)
Estado Civil	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias (si tiene o no pareja) y la legislación	1: Soltero 2: Casado 3: Unión libre 4: Divorciado o Separado 5: Viudo	Cualitativa Nominal Policotómica	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)
Situación laboral	Situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier	Trabaja 1:Si 2:No Jubilado 1:Si 2:No	Cualitativa Nominal	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)

	actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social.	Depende económicamente de terceros: 1:Si 2:No		
Convivencia	Se entiende a la vida en común que alguien lleva ya sea con una o varias personas.	1: Solo 2: Marido/mujer 3: Hijos/as 4: Marido/mujer e hijos/as/ nietos 5: Otros	Cualitativa Nominal Policotómica	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)
Escolaridad	Años cursados o aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	1: Analfabeta 2:Primaria 3:Secundaria 4: Superior	Cualitativa Ordinal	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)
Nivel de escolaridad	<i>Escolaridad alta</i> Incluye años completados desde secundaria hasta la instrucción superior <i>Escolaridad baja</i> Se refiere a la instrucción primaria completa	Escolaridad alta Escolaridad baja	Cualitativa Nominal dicotómica	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)
Comorbilidad	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo	1: Pérdida de la audición SI NO 2: Pérdida de la visión SI NO	Cualitativa Nominal	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)

		<p>3: Diabetes Mellitus tipo 2</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>4: Hipertensión Arterial</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>5: Hipotiroidismo</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>6: Demencia</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>4. Incontinencia urinaria</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>5. Prótesis de cadera</p> <p>SI</p> <p>NO</p> <p>6. Artrosis</p> <p>SI</p> <p>NO</p>		
Polifarmacia	Consumir más de tres fármacos al momento de la valoración.	1: SI 2: NO	Cualitativa Nominal Dicotómica	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)
Número de fármacos	Rango de fármacos consumidos	1: 0-1 fármacos 2: 2-4 fármacos 3: 5 o más	Cuantitativa Discreta	Media, Mediana Moda Desviación estándar

Ayudas técnicas para la deambulación	Dispositivos de apoyo para favorecer la deambulación del paciente.	1- Ninguno 2- Uso de Bastón 3- Uso de silla de ruedas 4- Andadores 5- Muletas	Cualitativa Nominal Policotómica	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)
Escala De Lawton Y Brody	Es uno de los instrumentos de medición de Actividades Instrumentales de la vida diaria	1: Independiente: hasta 8 puntos 2: Necesita cierta ayuda: 8 a 20 puntos 3: Necesita mucha ayuda: más de 20 puntos	Cualitativa categórica	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)
Índice De Katz modificado	Instrumento para evaluar la independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.	1 Necesita ayuda 2 Independiente	Cualitativa Categórica	Frecuencia Absoluta y relativa (Porcentaje)

Elaborado por: Dávalos, M. (2018)

3.3.2. POBLACIÓN

La población estuvo comprendida por los adultos mayores que acudieron a la consulta externa de Medicina Interna del HPAS, de Lunes a Viernes y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión descritos.

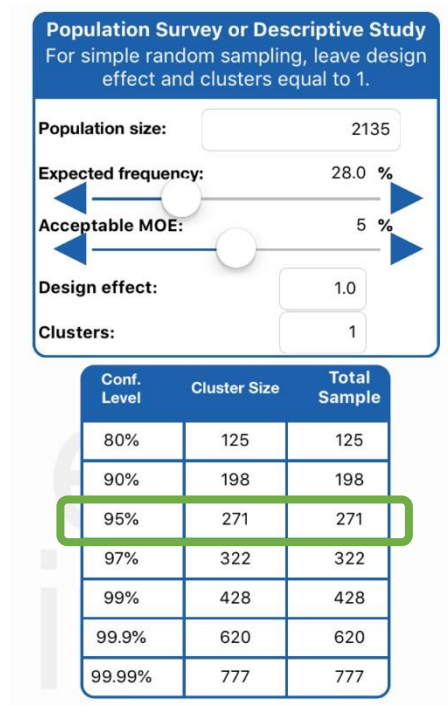
Según los datos de estadística del HPAS, desde el 2017 hasta Febrero/2019, se atendieron 2135 adultos mayores (≥ 60 años, hombres y mujeres) en la consulta externa de medicina interna por primera vez.

3.3.3. MUESTRA

Según la prevalencia de depresión en pacientes con alto riesgo de caídas de 28%, se tomó como muestra a 271 pacientes. Se realizó con un error de estimación de 5%, con un IC 95%.

CÁLCULO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$



3.3.4. TIPO DE ESTUDIO: descriptivo de corte transversal.

3.3.5. TIPO DE MUESTREO: los pacientes fueron registrados según método probabilístico aleatorio simple.

3.3.4. CRITERIOS

3.3.4.1. Criterios de Inclusión:

-Personas con edad igual o mayor a 60 años (hombres y mujeres) que acudieron a consulta externa de Medicina Interna del HPAS, que tuvieron un alto riesgo de caídas.

-Personas y/o cuidadores que aceptaron participar en el estudio, previo firma de consentimiento.

3.3.4.2. Criterios de Exclusión:

-Pacientes que se negaron a participar en el estudio.

-Pacientes que tuvieron diagnóstico establecido de depresión

-Paciente que durante el estudio desearon retirarse del mismo.

-Pacientes en quienes no se pudo recabar la información necesaria o que no pudieron completar las escalas. Por ejemplo: pacientes con demencia severa y aquellos sin cuidador.

3.3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA

Previo a la recolección de información a los participantes se hizo una prueba piloto a 20 personas. Posteriormente se realizó la toma de datos aplicando la técnica de encuesta a aquellas personas que cumplieron con los criterios de inclusión. Cada día se aplicó la encuesta y cuestionarios al menos a 10 adultos mayores, al inicio se ejecutó:

-Escala de Tinetti, validada en la población colombiana adulta mayor. (Guevara y Lugo, 2012). Esta valora marcha y equilibrio en la población geriátrica. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12, para la del equilibrio es 16. (Anexo 1)

La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas se debe interpretar mediante el siguiente enunciado, según MSP, 2008: “A mayor puntuación, el riesgo de caída es menor”. Las puntuaciones se definen de la siguiente manera:

<19 Alto riesgo de caídas

19-24 Riesgo de caídas

Posterior a esto, aquellos adultos mayores que tuvieron valores menores de 19 puntos (alto riesgo de caídas), formaron parte del estudio y se les aplicó una encuesta que contiene las siguientes variables:

Variables sociodemográficas como: edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, convivencia, situación laboral.

Antecedentes patológicos personales: presencia de comorbilidades, polifarmacia y ayudas técnicas de deambulacion.

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) que consta de 15 preguntas, esta forma abreviada validada de igual forma en la población colombiana. (Bacca et al., 2004) Su interpretación es: 0-5 puntos- normal, 6-9 puntos como depresión Leve y 10 o más puntos corresponde a depresión Severa. (Anexo 2)

Funcionalidad: El índice de Katz (Anexo 3) modificado que asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, es decir independiente(I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D). Mientras que la escala de Lawton y Brody modificada (Anexo 4), se interpreta como grado de dependencia: hasta 8 puntos es independiente, de 8 a 20 puntos se interpreta que necesita cierta ayuda mientras que más de 20 puntos que necesita mucha ayuda (MSP, 2008).

CAPÍTULO IV

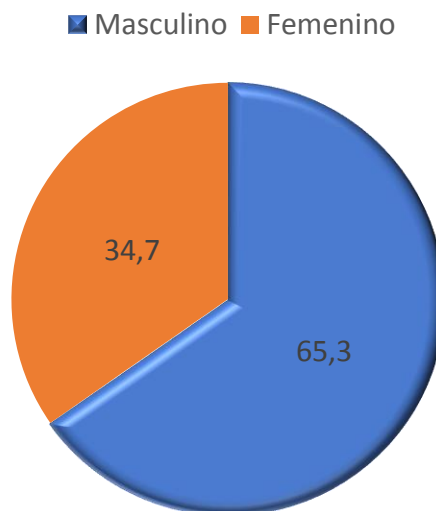
4.1. RESULTADOS

La información obtenida de cada encuesta fue recopilada en una base de datos digital de Microsoft Excel, se procedió al análisis estadístico usando el programa SPSS 24. El análisis se efectuó en 271 pacientes, quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Además respondieron la información completa de las encuestas para ingresar las variables de interés.

4.1.1. ANÁLISIS UNIVARIAL

Dentro de la población estudiada, cabe describir que el 65,31% (177 pacientes) fueron de género masculino y el 35% (94 pacientes) femenino.

Figura 2. Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según fenotipo (n: 271)



Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

Cuando se analizaron los datos por rangos de edad, el 21,03% (57 pacientes) se encontraron entre 76 a 80 años como se observa en la siguiente tabla. La media fue de 75,42 años (DE +/- 8,283), con un intervalo de confianza (IC) de 74,43 a 76,41; una moda de 74 y mediana de 76.

Tabla 1. Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según edad

		Frecuencia	Porcentaje
RANGOS DE EDAD	60 – 65	38	14,02
	66 – 70	43	15,86
	71 – 75	54	19,92
	76 – 80	57	21,03
	81 – 85	47	17,34
	86 – 90	21	7,75
	91 – 95	11	4,05
Total		271	100,0

Fuente: Datos del estudio**Elaborado por:** Dávalos, M. (2019)

La siguiente tabla ilustra la distribución de la población en relación al estado civil, fueron casados el 52,02% (141 pacientes) de los adultos mayores de la muestra estudiada.

Tabla 2. Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según estado civil

		Frecuencia	Porcentaje
ESTADO CIVIL	Casado	141	52,02
	Viudo	69	25,46
	Soltero	37	13,65
	Divorciado o Separado	19	7,01
	Unión libre	5	1,84
	Total	271	100,00

Fuente: Datos del estudio**Elaborado por:** Dávalos, M. (2019)

Fueron casados el 46,33% y el 62,77% de la población masculina y femenina respectivamente.

Tabla 3. Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según fenotipo y estado civil

		Masculino		Femenino	
		Recuento	%	Recuento	%
ESTADO CIVIL	Casados	82	46,33%	59	62,77
	Viudos	52	29,38%	17	18,09
	Solteros	28	15,82%	9	9,57
	Divorciados	12	6,78%	7	7,45
	Unión libre	3	1,69%	2	2,13
Total		177	100%	94	100%

Fuente: Datos del estudio**Elaborado por:** Dávalos, M. (2019)

En relación a la situación laboral, el 84,13% (228 pacientes) estaba desempleada, y el 61,62% (167 pacientes) no dependía económicamente de terceros.

Tabla 4. Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según situación laboral

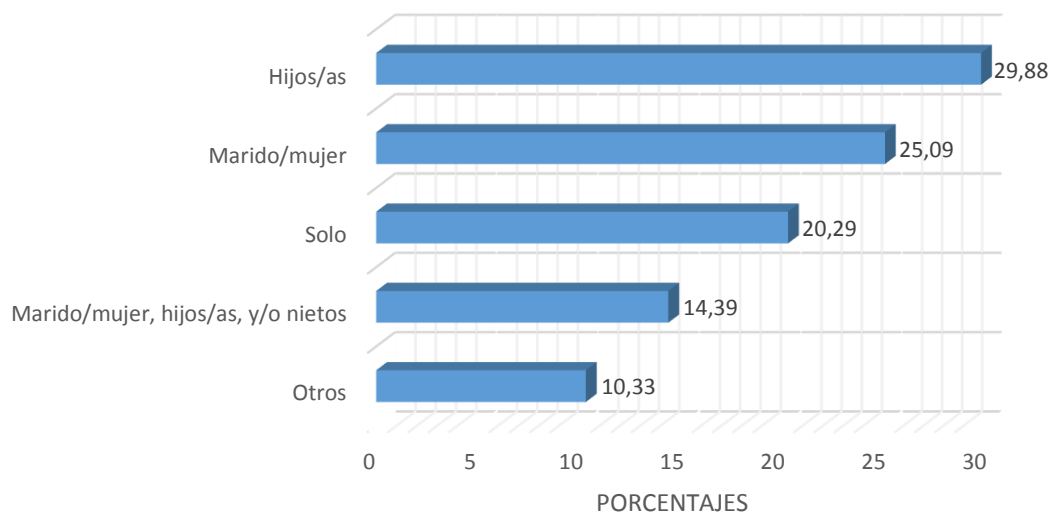
			Frecuencia	Porcentaje
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	SI	43	15,86
		NO	228	84,13
	Total		271	100,0
	Jubilado	SI	28	10,33
		NO	243	89,66
	Total		271	100,0
	Depende Económicamente de terceros	SI	104	38,37
		NO	167	61,62
	Total		271	100,0

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

En cuanto a la convivencia, el 29,88% (81 pacientes) de la población vivía con sus hijos/as, y el 20,29% (55 pacientes) vivían solos.

Figura 3. Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según convivencia (n: 271)



Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

El 36,16% (64 pacientes) del género masculino vivía con sus hijos, mientras el 32,98% de las mujeres vivía con sus parejas.

Tabla 5.Distribución en la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según el fenotipo y la convivencia

	Masculino		Femenino		
	Recuento	%	Recuento	%	
	Hijos/as	64	36,16%	17	18,09%
	Marido/ mujer	37	20,90%	31	32,98%
	Solo	34	19,21%	21	22,34%
CONVIVENCIA	Marido/mujer, hijos/as y/o nietos	25	14,12%	14	14,89%
	Otros	17	9,60%	11	11,70%
	Total	177	100%	94	100%

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

El 77,9% (211 pacientes) tenían una escolaridad baja, y de esta el 65,7% (178 pacientes) tenían instrucción primaria.

Tabla 6.Distribución de pacientes adultos mayores con alto riesgo de caídas según el nivel de escolaridad

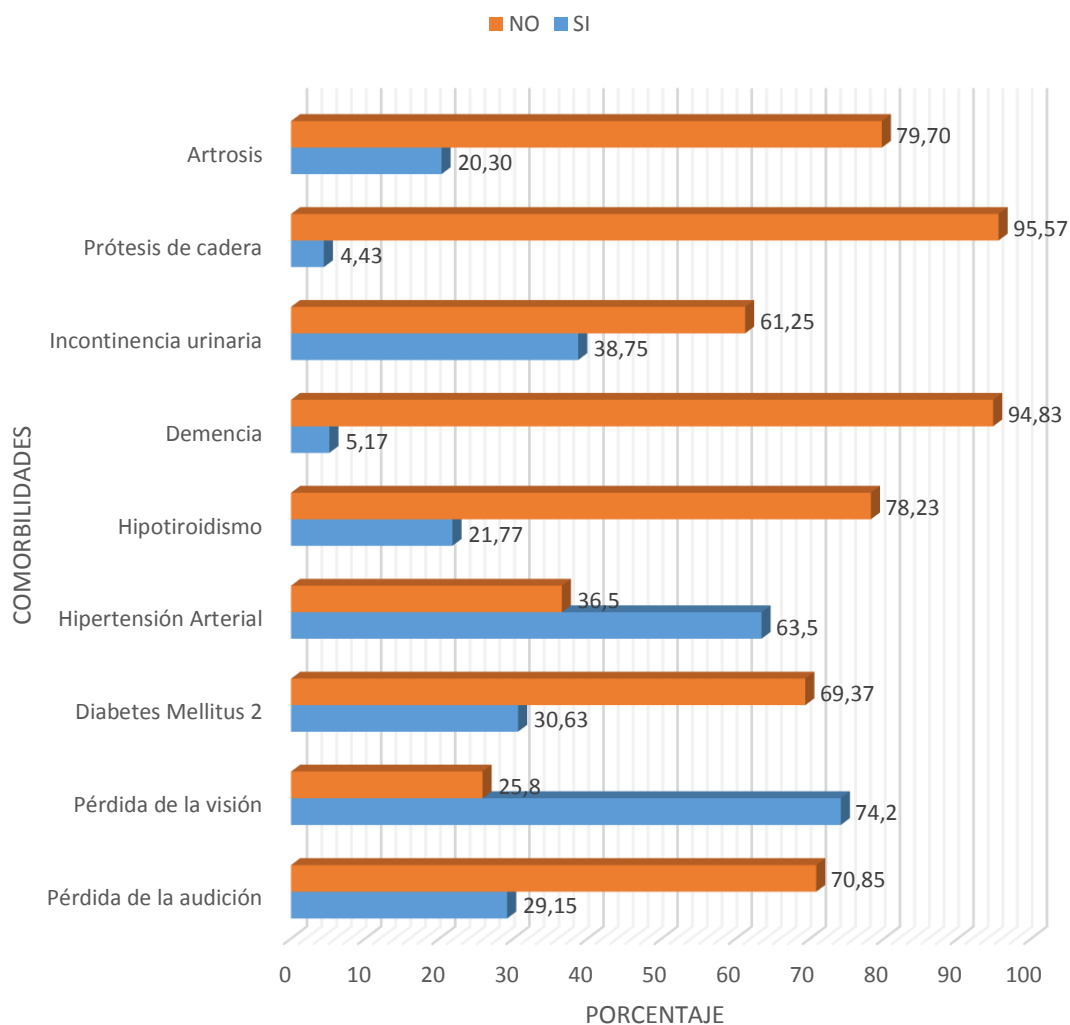
	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	32	11,8
Primaria	178	65,7
Total	211	77,9
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
Secundaria	41	15,1
Superior	20	7,4
Total	60	22,1

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

La figura inferior muestra los datos de distribución en relación a las comorbilidades. La hipertensión arterial fue reportada por el 63,5% (172) y la pérdida de visión por el 74,2% (201). Mientras que el 38,75% (105) refieren incontinencia urinaria.

Figura 4. Comorbilidades en la población de adultos mayores con alto riesgo de caídas (n: 271)



Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

En relación al consumo de fármacos, el 78,23% aceptó consumir más de 2 fármacos (212 pacientes), siendo la media de 3,13 (DE +/- 2,257) e IC de 2,86 a 3,40; moda de 2 y mediana de 3. El 77,9% (211 pacientes) tuvieron polifarmacia.

Tabla 7. Número de fármacos consumidos por la población adulto mayor con alto riesgo de caídas

	Frecuencia	Porcentaje
NÚMERO DE FÁRMACOS	0-1	59
	2-4	144
	≥5	68
Total	271	100

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

En cuanto al dispositivo de apoyo para favorecer la deambulaci3n en la poblaci3n estudiada, se encontr3 el 21,77% (59 pacientes), usaban bast3n.

Tabla 8. Uso de ayudas t3cnicas para la deambulaci3n en la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas

		Frecuencia	Porcentaje
AYUDAS T3CNICAS PARA LA DEAMBULACI3N	Ninguno	199	73,43
	Uso de Bast3n	59	21,77
	Muletas	8	2,95
	Andadores	4	1,48
	Uso de silla de ruedas	1	0,37
	Total	271	100

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

Se muestra en la tabla inferior, que el 72,69% (197 pacientes) requirieron de cierta ayuda para sus actividades instrumentales de la vida diaria.

Tabla 9. Escala de Lawton y Brody en la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas

		Frecuencia	Porcentaje
ESCALA DE LAWTON Y BRODY	Independiente	46	16,97
	Necesita cierta ayuda	197	72,69
	Necesita mucha ayuda	28	10,33
Total		271	100

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

El 78,2% (212 pacientes) pertenecieron a la categoría independiente en relaci3n a las actividades b3sicas de la vida diaria.

Tabla 10. Índice de Katz en la poblaci3n adulto mayor con alto riesgo de caídas

		Frecuencia	Porcentaje
INDICE DE KATZ MODIFICADO	Independiente	212	78,2
	Necesita ayuda	59	21,8
	Total	271	100

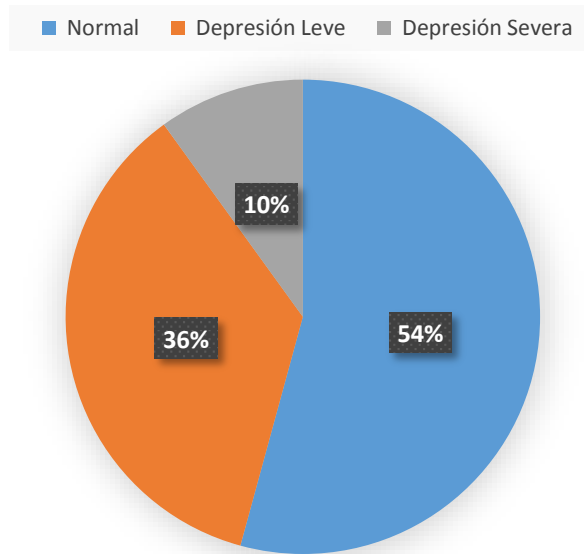
Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

En la poblaci3n descrita previamente, la prevalencia de depresi3n fue de 45,75% (124 pacientes), obteniendo un puntaje mayor a 10 puntos; el 9,96% de la poblaci3n

estudiada (27 pacientes) tuvo depresión severa y el restante una depresión leve (35,79%, 97 pacientes).

Figura 5. Distribución de la población de adultos mayores con alto riesgo de caídas según el grado de depresión. (n: 271)



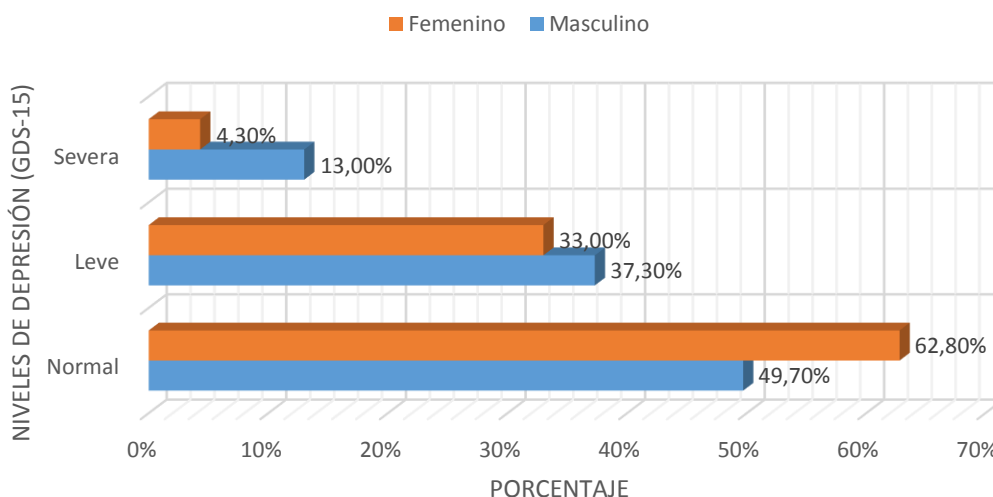
Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

4.1.2. ANÁLISIS BIVARIAL

La población masculina de adultos mayores con alto riesgo de caídas evaluados, reportó una prevalencia de depresión de 50.28% (89 pacientes) (χ^2 de 6,952; IC 95%, y p: 0,03).

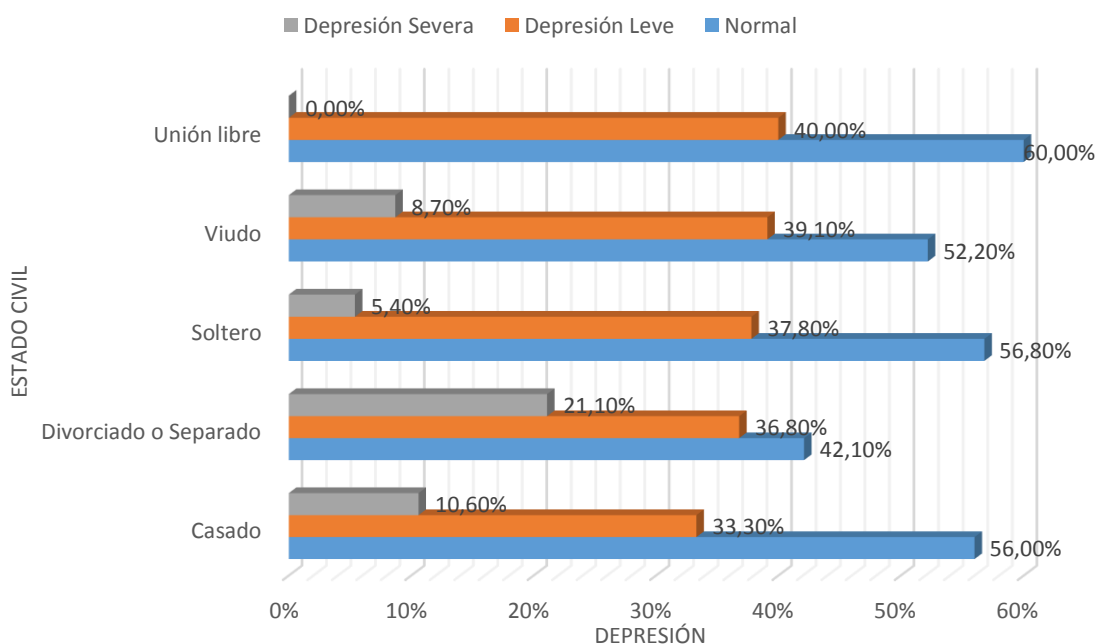
Figura 6. Distribución de la población de adultos mayores con alto riesgo de caídas por fenotipo y grado de depresión. (n: 271)



Fuente: Datos del estudio
Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

En relación al estado civil, la prevalencia de depresión fue de 47,83% (33 pacientes) en viudos y del 57,89% (11 pacientes) en divorciados o separados. (χ^2 : 5,044, IC 95%, y p: 0,75).

Figura 7. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según estado civil y grado de depresión. (n: 271)



Fuente: Datos del estudio
Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

Como se observa en la tabla inferior, la prevalencia de depresión fue del 46,93% (107 pacientes), en quienes estaban desempleados. El 42,86% (24 pacientes) de los jubilados tuvieron depresión leve.

Tabla 11. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresión y situación laboral.

			Trabaja		Jubilado		Depende económicamente de terceros	
			Si	No	Si	No	Si	No
NIVELES DE DEPRESIÓN (GDS-15)	Normal	Recuento	25	121	14	135	58	91
		%	58,14	53,10	50,00	55,55	55,80	54,49
	Leve	Recuento	15	84	12	84	35	61
		%	34,88	36,80	36,80	42,90	33,70	36,52
	Severa	Recuento	3	23	2	24	11	15
		%	6,98	10,10	7,10	9,87	10,60	8,98
Total	Recuento	43	228	28	243	104	167	

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

En la tabla 12, se detallan las pruebas de significancia estadística entre situación laboral y depresión, IC 95%.

Tabla 12. Pruebas de significancia estadística entre situación laboral y depresión.

	Chi Cuadrado	p
Trabaja	0,79	0,37
Jubilado	0,75	0,68
Depende económicamente de terceros	0,38	0,82

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

De los 39 adultos mayores que vivían con su marido/mujer, hijos/as, y/o nietos; en el 51,2% (20 pacientes) se observó depresión. Mientras que de los 55 pacientes encuestados que vivían solos, el 49,1% (27 pacientes) presentaron depresión (χ^2 : 7,40; IC 95% y p: 0,49).

Tabla 13. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresión y convivencia

		SOLO	MARIDO/MUJER	HIJOS/AS	MARIDO/MUJER, HIJOS/AS/ Y/O NIETOS	OTROS	TOTAL
NORMAL	Recuento	28	40	45	19	15	147
	%	50,90	58,80	55,60	48,70	53,60	54,20
LEVE	Recuento	25	22	27	13	10	97
	%	45,50	32,40	33,30	33,30	35,70	35,80
SEVERA	Recuento	2	6	9	7	3	27
	%	3,60	8,80	11,10	17,90	10,70	10,00
Total		55	68	81	39	28	271

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

De los 211 pacientes con escolaridad baja, el 45,98% (97 pacientes) presentaron depresión. (χ^2 : 0,018, IC 95% y p: 0,894).

Tabla 14. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresión y nivel de escolaridad

		Escolaridad alta	Escolaridad baja	Total	
NIVELES DE DEPRESIÓN (GDS-15)	Normal	Recuento	33	147	
		%	55,00	54,03%	
	Leve	Recuento	22	97	
		%	36,67	35,55	
		Severa	Recuento	5	27
			%	8,33	10,43
Total	Recuento	60	271		

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

El 46,1% (121 pacientes) de los pacientes con comorbilidades tuvieron depresión (χ^2 : 3,254, p: 0,196). En relación a la diabetes mellitus e hipertensión arterial, el 36,1% (n= 30; χ^2 4,54; IC 95%, p: 0,035) y 45,3% (n=78; χ^2 0,032; IC 95% p: 0,859) que tenían dichos diagnósticos respectivamente presentaron depresión.

Tabla 15. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresión y comorbilidades

			Comorbilidades	
			Si	No
NIVELES DE DEPRESIÓN (GDS-15)	Normal	Recuento	141	6
		%	53,80	66,70
	Leve	Recuento	96	1
		%	36,60	11,10
	Severa	Recuento	25	2
		%	9,50	22,20
Total			262	9

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

De los 105 pacientes que afirmaron tener incontinencia urinaria, el 54,29% (57 pacientes) tenían depresión. (χ^2 : 5,024, IC 95% y p: 0,025).

Tabla 16. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresión e incontinencia urinaria.

			Incontinencia urinaria		Total
			Si	No	
NIVELES DE DEPRESIÓN (GDS-15)	Normal	Recuento	48	99	147
		%	45,71	59,60	54,20
	Leve	Recuento	42	55	97
		%	40,00	33,13	35,80
	Severa	Recuento	15	12	27
		%	14,29	7,23	10,00
Total		Recuento	105	166	271

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

El 49,3% (104 pacientes) de la población estudiada con polifarmacia presentó un puntaje de GDS-15 mayor a 5; (χ^2 : 4,90, IC 95% y p: 0,08).

Tabla 17. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresión y polifarmacia.

		FÁRMACOS			Total	
		0 - 1	2 - 4	5 Y MÁS		
NIVELES DE DEPRESIÓN (GDS-15)	Si	Recuento	21	67	36	124
		%	35,59	46,53	52,94	45,76
	No	Recuento	38	77	32	147
		%	64,41	53,47	47,06	54,24
	Total	Recuento	59	144	68	271

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

De 59 adultos mayores con alto riesgo de caídas que usaron bastón, el 50,9% (30 pacientes) tuvo depresión; (x^2 : 8,2, IC 95% y p de 0,40).

Tabla 18. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresión y ayudas técnicas para la deambulación.

		Ninguno	Uso de bastón	Uso de silla de ruedas	Andadores	Muletas	Total	
NIVELES DE DEPRESIÓN (GDS-15)	Normal	Recuento	112	29	0	3	3	147
		%	56,28	49,15	0	75	37,50	54,24
	Leve	Recuento	64	27	1	1	4	97
		%	32,16	45,76	100,00	25,00	50,00	35,79
	Severa	Recuento	23	3	0	0	1	27
		%	11,56	5,08	0	0	12,50	10,00
Total	Recuento	199	59	1	4	8	271	

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

Según la escala de Lawton y Brody, el 47,21% (93 pacientes) de la población que requirió cierta ayuda en sus actividades instrumentales de la vida diaria presentaron depresión; (x^2 : 9,570; IC 95%; p: 0,04).

Tabla 19. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresión y Escala de Lawton y Brody.

		LAWTON Y BRODY			Total
		Independiente	Necesita cierta ayuda	Necesita mucha ayuda	
NIVELES DE DEPRESIÓN (GDS-15)	Normal	Recuento	32	104	148
		%	69,56	52,79	54,61
	Leve	Recuento	12	69	96
		%	26,08	35,03	35,42
	Severa	Recuento	2	24	27
		%	4,34	12,18	9,96%
	Total	Recuento	46	197	271

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

En relación a escala de Lawton y Brody, el 74,58% del género masculino necesitó de cierta ayuda para sus actividades instrumentales; (x^2 : 1,086, IC 95% y p: 0,581).

Tabla 20. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según fenotipo y escala de Lawton y Brody

		Masculino		Femenino	
		Recuento	%	Recuento	%
LAWTON Y BRODY	Independiente	29	16,38	17	18,08
	Necesita cierta ayuda	132	74,58	65	69,14
	Necesita mucha ayuda	16	9,04	12	12,76
Total		177	100%	94	100%

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

El 59,4% (35 pacientes) que fueron independientes según Escala de Katz, tuvieron un resultado de la escala de depresión mayor a 5, (x^2 : 5,592, IC 95% y p de 0,018).

Tabla 21. Distribución de la población adulto mayor con alto riesgo de caídas según depresión y Escala de Katz modificada.

		Escala de Katz modificada			
		Necesita ayuda	Independiente	Total	
DEPRESIÓN	Normal	Recuento	24	123	147
		%	40,68%	58,02%	54,24%
	Leve	Recuento	28	69	97
		%	47,46%	32,55%	35,79%
	Severa	Recuento	7	20	27
		%	11,86%	43%	9,96%
	Total	Recuento	59	12	271

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

En la tabla inferior, se detalla la asociación entre las variables descritas y depresión en adultos mayores con alto riesgo de caídas.

Tabla 22. Variables asociados con depresión en adultos mayores con alto riesgo de caídas

	OR	INTERVALO DE CONFIANZA	
		95%	
		Inferior	Superior
GÉNERO (masculino/femenino)	1,705	1,022	2,844
SITUACIÓN LABORAL			
Trabaja (No/Si)	1,352	0,696	2,628
Jubilado (Si/No)	1,222	0,558	2,675
Depende económicamente de terceros (Si/No)	0,929	0,567	1,521
ESCOLARIDAD (baja/alta)	1,040	0,585	1,850
COMORBILIDADES (Si/No)			
Pérdida de la audición (Si/No)	1,716	0,420	7,009
Pérdida de la visión (No/Si)	0,989	0,585	1,674
Pérdida de la visión (No/Si)	0,790	0,522	1,195
Hipertensión Arterial (Si/No)	0,956	0,582	1,570
Hipotiroidismo (Si/No)	0,768	0,428	1,379
Demencia (Si/No)	1,621	0,547	4,804
Incontinencia urinaria (si/no)	1,755	1,071	2,874
Prótesis de cadera (si/no)	0,380	0,101	1,436
Artrosis (no/si)	0,818	0,450	1,489
POLIFARMACIA			
AYUDAS TÉCNICAS PARA LA DEAMBULACIÓN (si usa/ no usa)	1,944	1,066	3,545
AYUDAS TÉCNICAS PARA LA DEAMBULACIÓN (si usa/ no usa)	1,361	0,793	2,336
ESCALA DE KATZ (necesita ayuda /independiente)	2,015	1,121	3,624
INDICE DE LAWTON Y BRODY (necesita ayuda/independiente)	2,100	1,061	4,157

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

En anexo 6, se describe las variables con $p \leq 0,05$.

CAPÍTULO V

5.1.DISCUSIÓN

El presente estudio fue diseñado para describir la prevalencia de depresión en adultos mayores de la consulta externa del HPAS con alto riesgo de caídas; la cual fue del 46%. Siendo más prevalente la depresión leve (35,8%). Aunque no fue objetivo de este estudio, gran parte de la muestra se encontraba en seguimiento o en espera de una valoración por psicología.

Los resultados contrastan con los obtenidos en otros países latinoamericanos. En Argentina donde la prevalencia fue del 18%, según la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM); siendo el más afectado el género femenino (2:1) (INDEC, 2014). Mientras que en Bogotá- Colombia, acorde a la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), se reportó una prevalencia de 25%, es decir en 1 de cada cuatro pacientes encuestados (Cano et al, 2018).

En la población mexicana según la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento, México (ENASEM) del 2012, se encontró la prevalencia en 74,3%. En esta encuesta el instrumento usado, fue un cuestionario de diez preguntas, el punto de corte era si tenían cinco respuestas o más positivas. Algunas comparten similitud con el GDS-15, e incluyen: si se ha sentido feliz, solo, triste, con falta de energía (Rivera, Benito, y Pazzi, 2015) (De los Santos, y Carmona, 2017).

En Europa, la prevalencia de depresión es de 12,3%, con un mayor predominio femenino (1,7:1), acorde al estudio EURODEP. Se basó en un cuestionario de 12 variables, elaboradas para dar uniformidad a los resultados, dado que cada país que participaba usaba distintos instrumentos (Prince et al., 2004).

En nuestro país, la prevalencia de esta patología en adultos mayores, acorde a resultados de la encuesta SABE, es del 39%, con mayor predominio de depresión leve, que coincide con lo obtenido en este estudio (Freire, 2010).

La literatura revisada reporta la prevalencia de depresión entre un 18 a 74%. Por lo que los resultados del presente trabajo no distan de la realidad. Esta disparidad de hallazgos, como se detalla pudiera justificarse por la diversidad de encuestas aplicadas en adultos mayores para identificar la depresión. Además, se debe considerar que la GDS-15 puede sobrestimar; siendo el diagnóstico de depresión corroborado por una valoración multidisciplinaria.

En cuanto al fenotipo, hubo un predominio de adultos mayores masculinos, en una proporción de 2:1 (hombre: mujer). Todo lo contrario en relación a otros países. Ya que en la ciudad de Barcelona, el 58,6% fueron mujeres, en una relación 1,5:1; que coincide con la encuesta SABE de Ecuador, donde más de la mitad (53,4%) fueron mujeres (Freire, 2010) (Sarró et al, 2013). Mientras que ENCaViAM hubo el 57% mujeres y el 43% de hombres, con una relación de 1,3:1 (INDEC, 2014). Sin embargo se debe considerar el mayor índice de masculinidad observado en la muestra, que se describirá posteriormente.

Además ser hombre se encontró que es un factor de riesgo para la depresión. Contrario a lo reportado en México, por Rivera, et al; donde los síntomas depresivos fueron predominantes en el género femenino (31,6%) frente a 25,2% hallado en el género masculino; sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos (Rivera et al, 2015).

La afectación de la depresión en la población femenina, es referida de manera amplia en la literatura. Tanto en la ENASEM (44,2% género masculino, y el 55,8% femenina), como en la encuesta SABE-Bogotá, donde se halló que ser mujer era un factor de riesgo (OR 1,47 IC: 1,14 – 1,90, p: 0,002) (De los Santos, y Carmona, 2017) (Cano et al, 2018). En ENCaViAM, las mujeres presentaron esta patología con una frecuencia de dos veces más en relación a los hombres (INDEC, 2014).

Sin embargo se debe considerar que gran parte de la población atendida por el HPAS, proviene de áreas rurales. Siendo en estos sectores el índice de masculinidad de 103,5 en el año cursante, mientras que en el sector urbano es de 98,4, lo que probablemente justificaría el resultado obtenido de un mayor predominio de depresión en hombres, contrario a los estudios descritos (CENTRO LATINOAMERICANO Y

CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA [CELADE] - División de Población de la COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [CEPAL], 2019).

En relación a la edad, la media fue de 75,42 años; similar la encuesta SABE-Bogotá, que reportó una edad promedio de 71,1 años (Cano et al, 2018). También, la encuesta ENASEM (De los Santos y Carmona, 2017) y SABE- Ecuador, donde 81,4% tenía más de 75 años. Relacionándose con la esperanza de vida en Ecuador de 76,7 años (CELADE - División de Población de la CEPAL, 2019).

Acorde a la revisión realizada, se incrementa la probabilidad de presentar depresión entre los 70 a 79 años. Hecho que se vincula a que esta población se encuentra viviendo sola o en viudez y sin un cuidador (De los Santos y Carmona, 2017) (Sarró et al, 2013). Además, conforme avanza la edad su percepción de salud empeora; lo cual podría favorecer a la presencia de síntomas depresivos (INDEC, 2014).

Esta investigación halló que más de la mitad estaban casados y la cuarta parte se encontraba viudo/a. Resultados similares han sido obtenidos por ENASEM del 2012, donde el 61,5% estaban casados y el 22,9% eran viudos/as (De los Santos y Carmona, 2017).

Sin embargo, a pesar de que tanto hombres como mujeres afirmaban estar casados, apenas el 39, 48%, vivían con sus parejas. Frente a un 50,17% que convivían con sus hijos o solos. Por ende, se pudiera entender que dado la mayor dependencia para sus actividades instrumentales y por un mejor manejo del cuidado del adulto mayor, en muchas ocasiones son separados de sus cónyuges.

A pesar de no ser evaluado, el antecedente de caídas previas. No se descarta que los hijos como cuidadores consideren separarlos de su medio, para brindar un mejor cuidado. Muy contrario, en otras sociedades como las europeas, donde ha disminuido la convivencia intergeneracional, dado que los adultos mayores manifiestan ser independientes económicamente. Además, consideran innecesario convivir con sus hijos, si pueden aún cuidarse por sí mismos e incluso manejar su salud (López, 2018).

La prevalencia de depresión no mostró grandes diferencias entre los distintos grupos de estado civil y no fue estadísticamente significativo. Pero el porcentaje de hombres viudos, no fue nada despreciable en esta investigación. La literatura existente ha encontrado una fuerte relación entre la depresión y ser viudo. Las series han reportado que hasta el 42% se encuentra afectadas por depresión (Sarró et al, 2013).

Por otro lado, más de la quinta parte estaba desempleada, mientras que más de la mitad no depende económicamente de terceros. Opuesto a lo reportado en la población mexicana, donde el 51,5% tenía una ocupación laboral. Sin embargo, se pudiera justificar dado que en la encuesta no se especificó si tenían una actividad laboral fija o itinerante (De los Santos y Carmona, 2017).

Se cree que a mayor edad, peores probabilidades de encontrar un trabajo estable; por lo que prima adultos mayores sin una actividad laboral; aunque llama la atención que tampoco dependían de terceros; probablemente por qué conviven con sus hijos.

Se identificó que más de la mitad de la población tuvo un nivel de escolaridad bajo, predominante instrucción primaria. Posiblemente estos resultados se pueden atribuir al gran porcentaje de la población atendida, en el HPAS, es proveniente del sector norte de la capital, que incluye principalmente áreas rurales.

Contrario a lo esperado, este estudio no encontró que la depresión estuviera asociada a un nivel de instrucción bajo. Así, en la encuesta SABE-Bogotá, se estableció como factor protector el nivel de instrucción superior (OR 0,91 IC 0,88-0,93) (Cano et al, 2018). Mientras que la escolaridad baja es un factor de riesgo, entre 1,34 a 2,5 veces en mujeres y hombres (p 0.002 y 0.004 respectivamente) que en otras series (De los Santos y Carmona, 2017).

Se debe considerar, que los datos fueron recabados en una población donde menos de la quinta parte tuvo un nivel de instrucción superior; que justificaría la ausencia de una diferencia estadísticamente significativa.

Se observaron comorbilidades en el 96,7% de la muestra. Concordando con observaciones realizadas en ENASEM, donde el 61% tuvieron múltiples patologías (De los Santos y Carmona, 2017). Siendo de la más prevalente la hipertensión arterial, al igual que en la encuesta SABE: en Ecuador 46% y en Bogotá el 58%. De hecho, en nuestro país se reporta en el 2010, una prevalencia de HTA en adultos de 60 años y más de 44,4% (Cano et al, 2018) (Freire, 2010).

Sin embargo, no se encontró que las comorbilidades influyen en la depresión. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa; como lo reportado por Santos, en México (De los Santos y Carmona, 2017). Aunque en SABE-Bogotá, se estableció como un factor de riesgo tener un mayor número de comorbilidades, (OR 1,32 IC 1,20 – 1,46; $p \leq 0,001$), (Cano et al, 2018).

En cuanto a la incontinencia urinaria estuvo asociada a la depresión. Coincide con otras series que reportan un incremento de riesgo de hasta 5 veces de síntomas depresivos (Güzel, Uçar, Sahin-onat, & Unsal-delialio, 2014). Se expresa que existe una relación bidireccional, dado que esta condición limita al adulto mayor a desenvolverse en su medio, llevándolo a un aislamiento (Moreno et al, 2017).

En relación al consumo de medicamentos, más de la mitad presentó polifarmacia, y la cuarta parte un consumo de cinco o más medicamentos. Equivalente a otras publicaciones científicas, donde el 64,6% afirma tomar más de un fármaco y donde se consideró que la presencia de la misma está determinada por la carga de enfermedad (De los Santos y Carmona, 2017) (Yépez, 2016).

Las ayudas técnicas para la deambulaci3n, no fueron usadas por más de la mitad de los adultos mayores y no se investigó sus motivos. Se considera que su uso puede representar para el adulto mayor una pérdida funcional ante su familia, limitando sus actividades cotidianas puesto que su entorno y domicilio, no están adaptados para estos dispositivos de ayuda (Leiva, León, y Cortés, 2017).

En la valoración de la dependencia funcional, más de la mitad necesitaron ayuda para realizar AIVD, mientras que fueron independientes para realizar las ABVD. Al igual que la encuesta ENASEM, donde el 98,9% tenía alguna limitaci3n en dichas actividades

(De los Santos y Carmona, 2017). No obstante, estas escalas valoran de una manera subjetiva la dependencia del individuo porque se basan en el auto reporte por parte del adulto mayor o del cuidador y que en muchas ocasiones se ve influido por el medio social.

El deterioro marcado de las actividades instrumentales de adultos mayores con alto riesgo de caídas coincide con el estudio realizado a base del seguimiento por 24 años de una población francesa. Donde se encontró que las primeras AIVD, en deteriorarse son: ir de compras, el uso del transporte y el manejo del dinero. Mientras que en las ABVD se afectan tempranamente el bañarse y vestirse (Edjolo, A., Proust-Lima, C., Delva, F., Dartigues, J. F., & Pérès, K, 2016)

En AIVD, se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre depresión y quienes necesitan ayuda. En Lima-Perú, observaron un mayor puntaje de depresión en relación a quienes eran dependientes (Runzer et al, 2017).

Aquellos que necesitan ayuda en ABVD, tienen un puntaje mayor de cinco según la GDS-15. De hecho la pérdida de funcionalidad del adulto mayor es un factor de riesgo para la depresión de hasta 6 veces (OR 6,3; IC 95% 2,9 – 13,9; $p < 0,001$); así lo indica un estudio aplicado en la población colombiana (Segura, Cardona, Segura, y Garzón, 2015).

Las AIVD, son más laboriosas, implican un mayor esfuerzo y destrezas para uso de elementos que se requiere para su ejecución (Ibañez, España, Miranda, y Gillmore, 2005). Es probable que el mayor deterioro de las ABVD, podría ser más evidente con el seguimiento a largo plazo de la población estudiada. Además, son las que más discriminan un deterioro en el proceso de dependencia. De ellas destacan la afectación en el baño, uso de inodoro, vestimenta y comida (Edjolo et al, 2016).

CAPÍTULO VI

6.1.CONCLUSIONES

- El presente estudio encontró que la prevalencia de depresión en adultos mayores con alto riesgo de caídas en el HPAS es de 46% y el grado de depresión más prevalente fue la depresión leve.
- El fenotipo masculino, la incontinencia urinaria, la polifarmacia y dependencia tanto en las ABVD como de las AIVD; incrementan el riesgo de depresión en el adulto mayor.
- No se logró demostrar la asociación entre depresión y estado civil, situación laboral, nivel de instrucción bajo, mayor número de comorbilidades y uso de ayudas técnicas para la deambulación.
- En conclusión en la población estudiada predominó la población masculina, casados, mayores de 75 años, con un nivel de instrucción bajo, desempleados, que conviven con sus hijos, y uso de bastón; mientras que de las enfermedades crónicas no transmisibles estudiadas, prevaleció la hipertensión arterial.

6.2.RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un pesquizaje de depresión en el adulto mayor con alto riesgo de caídas como la aplicación de los instrumentos de ABVD y AIVD, en consulta externa de medicina interna del HPAS; como parte de una evaluación integral del adulto mayor.
- Para próximos estudios se sugiere valorar de manera objetiva la incontinencia urinaria y el estado económico en cuanto a recepción de bonos económicos y la presencia de actividad laboral itinerante.
- Para futuros investigaciones, sería recomendable plantear estudios para determinar las causas de depresión en la población masculina.
- Se recomienda realizar una base datos única en el hospital que cuente con todas la variables demográficas para planificar y ejecutar programas de atención al adulto mayor con alto riesgo de caídas.

6.3.LIMITACIONES

- El tamaño de la población estudiada puede limitar la interpretación de algunos datos como es la asociación entre depresión y situación laboral; uso de ayudas técnicas para la deambulaci3n, estado civil y nivel de instrucci3n.

- Se debe considerar que gran parte de los datos obtenidos para esta investigaci3n se bas3 en el auto reporte, el cual puede representar un sesgo de informaci3n ya que depende del recuerdo del adulto mayor como de sus cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguila, S., y Ávila, J. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica de México*, 143(2), 141–148. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Aranco, N., Stampini, M., y Ibararán, P., Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Banco Interamericano de Desarrollo*. <https://doi.org/10.18235/0000984>
- Bacca, A. M., González, A., y Uribe, F. (2004). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos, 53–64.
- Beiser, A. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia The Framingham Heart Study, 35–41.
- Brutto, O. H. Del, Mera, R. M., Brutto, V. J. Del, Maestre, G. E., Gardener, H., Zambrano, M., & Wright, C. B. (2014). Influence of depression , anxiety and stress on cognitive performance in community-dwelling older adults living in rural Ecuador : Results of the Atahualpa Project. <https://doi.org/10.1111/ggi.12305>
- Cano, C., Borda, M., Samper, R., Chavarro, D., Escudero, C. y Arciniegas, A. (2018). Iluminando las Decisiones e Intervenciones Públicas para la Población Adulta Mayor: Estudio SABE Bogotá. *Med.*, 40(2), 191–207.
- Centro Latinoamericano Y Caribeño De Demografía [CELADE] - División de Población de la Comisión Económica Para América Latina Y El Caribe [CEPAL], (2019). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, World Population Prospects, 2019, edición online.
- Custodio, N., Lira, D., Montesinos, R., Mar, M., Guevara-, E., y Cortijo, P. (2014). Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródrómo de demencia, 77(4).
- De los Santos, P., y Carmona, S. (2017). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud En Mesoamérica*, 15(2), 1–23. <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
- Díaz, M., Gandoy, M., y González, R. (2017). Determinación de la situación de

dependencia funcional . Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados Determination upon functional. *Gerokomos*, 28(4), 184–188.

Edjolo, A., Proust-Lima, C., Delva, F., Dartigues, J. F., & Pérès, K. (2016). Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. *American Journal of Epidemiology*, 183(4), 277–285. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv223>

Estrada, A., Cardona, D., Cardona Jaime, M., Ordóñez, J., Osorio, A., y Chavarriaga L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados* Depressive Symptoms in Institutionalized Elderly People and Factors Associated, 12(1), 1657–9267. Retrieved from <https://www.copcv.org/db/docu/130715110112ILbs6w6tcQYj.pdf>

Freire, W.; Rojas, E. . Pazmiño. L. (2010). *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010*. (F. Segovia, Ed.) (Primera). Quito, Ecuador.

Freire, W. B. (2010). Presentación Antecedentes Diseño y planificación Resultados Recomendaciones, 2009–2010.

Gómez-Angulo, C., y Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735–743.

Guevara, C., y Lugo, L. (2012). Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. *Revista Colombiana de Reumatología*, 19(4), 218–233. [https://doi.org/10.1016/S0121-8123\(12\)70017-8](https://doi.org/10.1016/S0121-8123(12)70017-8)

Güzel, O., Uçar, D., Sahin-onat, S., & Unsal-delialio, S. (2014). Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics Relationship between urinary incontinence and quality of life / depression in elderly patients. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 5, 86–90. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.03.002>

Iaboni, A., & Flint, A. J. (2013). The complex interplay of depression and falls in older adults: A clinical review. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(5), 484–492. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.008>

Ibañez, C., España, M., Miranda, V., y Gillmore, M. (2005). Dependencia de los Adultos

Mayores en Chile. *Ministerio de Salud*, 1–54.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2014). *Encuesta Encuesta Nacional sobre Nacional sobre Calidad de de Calidad Adultos Adultos Mayores Mayores ENCaviAM ENCaviAM Principales resultados*. Buenos Aires.

Leiva, J., León, J., & Cortés, E. (2017). Uso De Bastón Y Caídas En Adultos Mayores Chilenos De La Comunidad. *Ciencia y Enfermería*, 23(3), 11–21.

López, J. (2018). Formas de convivencia de las personas mayores / Living Arrangements among the Elderly. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (161), 23–40. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.161.23>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2008). Guías Clínicas Geronto - Geriátricas. *Guías Clínicas*, 186. Retrieved from <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>

Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) (2013). Adultos mayores, 2, 96. Retrieved from http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf

Mojtabai, R. (2014). Diagnosing Depression in Older Adults in Primary Care, 13–15. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1316370>

Moreno, C., Ramos, A., Luna, M., Torres, S., y Gutiérrez, J. (2017). Comorbilidad y síndromes geriátricos en ancianos con depresión. *Psicogeriatría*, 7(2), 69–73.

Murillo, J. C., Mino-leo, D., & Cruz-arenas, E. (2018). Factors associated with occasional and recurrent falls in Mexican community- dwelling older people. *FacMed*, 2, 1–12. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28907.44327.Funding>

Naidu, A., Vasudev, A., Burhan, A., Ionson, E., & Montero, M. (2019). Does Dual-Task Gait Differ in those with Late-Life Depression versus Mild Cognitive Impairment? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(1), 62–72. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.10.011>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Edwards, P. (2001). Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. *Perfiles y Tendencias*. 1-40

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Paredes, Y., Yarce, E., Aguirre, D. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciencias de La Salud*, 16(1), 114–128. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- Pellicer, B., Antón, I., Moreno, S., & Castro, E., Juárez, R. (2017). Prevalence of Depression and Associated Factors in Non-institutionalized Older Adults With a Previous History of Falling. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 493–498. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.06.006>
- Prince, M. J., Beekman, A. T. F., Delespaul, P., Wey, M., Lawlor, B. A., Magnu, H., ... Copeland, J. R. M. (2004). Physical health and depressive symptoms in older Europeans Results from EURODEP, 35–42.
- Reyes-Ortiz, C. A., Snih, S. Al, & Markides, K. S. (2005). Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans, 17, 9–13.
- Rivera Navarro, J., Benito-León, J., & Pazzi Olazarán, K. (2015). La Depresión En La Vejez : Un Importante Problema De Salud En México. *America Latina Hoy*, 103–118. <https://doi.org/10.14201/alh201571103118>
- Robles, M. (2018). *Polifarmacia y riesgo de depresión en pacientes mayores de 60 años Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2018*. Retrieved from <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7504/70.2295.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Runzer, F., Castro, G., Merino, A., Torres, C., Diaz, G., y Pérez, C., y Parodi, J. (2017). Artículo Original Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horiz Med*, 17(3), 50–57.
- Sarró, M., Ferrer, A., y Formiga, F., Rojas, H. (2013). Depresión en ancianos : prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 39(7), 354–360. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.01.007>
- Segura, A., Cardona, D., Segura., A., y Garzón, M. (2015). Riesgo de depresión y factores

- asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev. Salud Pública*, 17(2), 184–194.
- Sinchire, M. (2017). *Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año*. (tesis de pregrado) Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.
- Taylor, W. D. (2014). Depression in the Elderly. *New England Journal of Medicine*, 371(13), 1228–1236. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1402180>
- Terroso, M., Rosa, N., Torres, A., & Simoes, R. (2014). Physical consequences of falls in the elderly: a literature review from 1995 to 2010, 9, 51–59. <https://doi.org/10.1007/s11556-013-0134-8>
- Turcu, A., Toubin, S., Mourey, F., D'Athis, P., Manckoundia, P., & Pfitzenmeyer, P. (2004). Falls and depression in older people. *Gerontology*, 50(5), 303–308. <https://doi.org/10.1159/000079128>
- United Nations, & Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2017). World Population Ageing 2017 - Highlights. *United Nations*, 46. <https://doi.org/ST/ESA/SER.A/348>
- Valderrama-Hinds, L. M., Snih, S. Al, Nai-wei, C., Rodriguez, M. A., Wong, R., Caracas, H. U. De, & Caracas, H. U. De. (2018). Falls in Mexican older adults aged 60 years and older Luis. *HHS Public Access*, 30(11), 1345–1351. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0950-9.Falls>
- Vilchez, J., Soriano, A., Saldaña, D., Acevedo, T., Bendezú, P., Ocampo, B., y Ciudad, L. (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 2–3.
- Wright, S., Kay, R., Avery, E., Giordani, B., & Neil, A. (2011). The Impact of Depression on Dual Tasking Among Patients With High Fall Risk. *J Geriatr Psychiatry Neurol.*, 24(3), 142–150. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178059>
- Yépez, M. (2016). *Características Socio-Demográficas y Clínico Geriátricas asociadas con depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Consulta Externa en el Hospital De Atención Integral del Adulto Mayor, por el lapso de cinco meses entre el 2014 y 2015*. (tesis de pregrado) Pontificia Universidad Católica del Ecuador,

Quito, Ecuador.

Zecevic, A. A., Salmoni, A. W., Speechley, M., & Vandervoort, A. A. (2006). Defining a Fall and Reasons for Falling : Comparisons Among the Views of Seniors , Health Care Providers , and the Research Literature, *46*(3), 367–376.

ANEXO 1

ESCALA DE TINETTI MODIFICADA EQUILIBRIO

Silla: Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.

1. Al sentarse:

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.

1 = capaz y no cumple los criterios para 0 o 2.

2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. Equilibrio mientras está sentado:

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).

1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.

2 = firme, seguro, erguido.

3. Al levantarse:

0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.

1 = capaz, pero requiere 3 intentos.

2 = capaz en 2 intentos o menos.

4. Equilibrio inmediato al ponerse de pie (primeros 5 seg):

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.

1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.

2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pie: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies



5. Equilibrio con pies lado a lado:

0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.

1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.

2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos.

6. Prueba del Tirón (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.

1 = da más de 2 pasos hacia atrás.

2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. Se para con la pierna derecha sin apoyo:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 o 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos

8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 o 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos

9. Posición de Semi-tándem:

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene ≤ 3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos

10. Posición Tándem:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por \leq 3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos

11. Se agacha (para recoger un objeto del piso):

0 = incapaz o se tambalea.

1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.

2 = capaz y firme.

12. Se para en puntillas:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por $<$ 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundos

13. Se para en los talones:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por $<$ 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: ____ ____, ____ segundo

TOTAL EQUILIBRIO / 16

MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador.

El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades. Anote el tipo de piso: --- linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle “camine”):

0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.

1 = sin vacilación.

2. Trayectoria (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.

0 = marcada desviación.

1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.

2 = recto, sin utilizar ayudas.

3. Pierde el paso (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.

1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.

2 = no.

4. Da la vuelta (mientras camina):

0 = casi cae

1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.

2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. Caminar sobre obstáculos (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.

1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.

2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso

Interpretación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12, para la del equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación>>>menor riesgo

<19 Alto riesgo de caídas

19-24 Riesgo de caídas

ANEXO 2

TEST DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

1. ¿Está satisfecho de su vida?	
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	
3. ¿Siente que su vida está vacía?	
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	
6. ¿Teme que algo malo le pase?	
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	
13. ¿Se siente lleno de energía?	
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

<u>ACTIVIDADES A</u>	<u>INDEPENDIENTE</u>	<u>AYUDA</u>	<u>DEPENDIENTE</u>
SE BAÑA			
SE VISTE Y DESVISTE			
APARIENCIA PERSONAL			
USO DE INODORO			
CONTINENCIA, MICCIÓN Y DEFECACIÓN			
TRASLADARSE, ACOSTARSE, LEVANTARSE			
CAMINAR			
SE ALIMENTA			

Tomado de: (MSP, 2008)

INDEPENDIENTE: 2

AYUDA: 1

DEPENDIENTE: 0

ANEXO 4

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA

CUIDAR LA CASA		USO DE TELÉFONO	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Sólo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar pero no llamar	3
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	4
Incapaz de hacer nada	5		
LAVADO DE ROPA		USO DEL TRANSPORTE	
Lo realiza personalmente	1	Viaja en transporte público o conduce	1
Solo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobús	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Es incapaz de usarlo	4
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		MANEJO DEL DINERO	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	2
Tienen que darle la comida hecha	4		
IR DE COMPRAS		RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlo por sí mismo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

Tomado de: (MSP, 2008)

NOTA:

Grado de dependencia:

Hasta 8 puntos = Independiente

De 8 a 20 puntos; Necesita cierta ayuda

Más de 20 puntos; Necesita mucha ayuda.

ANEXO 5

ENCUESTA

FAVOR SEÑALE CON UNA X LA RESPUESTA QUE MÁS SE APEGUE A SU REALIDAD

FECHA	
FENOTIPO	MASCULINO ____ FEMENINO ____
EDAD (años cumplidos)	
CONVIVENCIA	SOLO ____ MARIDO/MUJER ____ HIJOS/AS ____ MARIDO/MUJER E HIJOS/AS ____ OTROS FAMILIARES ____
CONDICIÓN LABORAL	TRABAJA ACTUALMENTE: SI ____ / NO ____ JUBILADO: SI ____ / NO ____ DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE TERCEROS: SI / NO
ESTADO CIVIL	SOLTERO ____ CASADO ____ UNIÓN LIBRE ____ DIVORCIADO/SEPARADO ____ VIUDO ____
ESCOLARIDAD	ANALFABETA ____ PRIMARIA ____ SECUNDARIA ____ SUPERIOR ____
COMORBILIDAD	PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN: SI ____ / NO ____ PÉRDIDA DE LA VISIÓN: SI ____ / NO ____ DIABETES MELLITUS TIPO 2: SI ____ / NO ____ HIPERTENSIÓN ARTERIAL: SI ____ / NO ____ HIPOTIROIDISMO: SI ____ / NO ____ DEMENCIA: SI ____ / NO ____ INCONTINENCIA URINARIA: SI ____ / NO ____ PRÓTESIS DE CADERA: SI ____ / NO ____

	ARTROSIS: SI/NO: SI ___ / NO ___
POLIFARMACIA	NÚMERO DE FÁRMACOS QUE TOMA ACTUALMENTE DE MANERA HABITUAL: ____
AYUDAS TÉCNICAS PARA LA DEAMBULACIÓN	1- NINGUNO _____ 2- USO DE BASTÓN _____ 3- USO DE SILLA DE RUEDAS _____ 4- ANDADORES _____ 5- MULETAS
INTERPRETACIÓN DE CUESTIONARIOS	
ESCALA DE LAWTON Y BRODY	PUNTAJE
INDICE DE KATZ	PUNTAJE
RESULTADO DE TEST DE TINETTI	PUNTAJE
RESULTADO DE TES DE YESAVAGE	PUNTAJE

Elaborado por: Dávalos, M. (2018)

ANEXO 6

Tabla 23. Variables asociadas con depresión en adultos mayores con alto riesgo de caídas

		DEPRESIÓN			Chi cuadrado	p
		Normal	Leve	Severa		
Género	Masculino	88 49,72%	66 37,29%	23 12,99%	6,952	0,031
	Femenino	59 62,77%	31 32,98%	4 4,26%		
Incontinencia urinaria	Si	48 45,71%	42 40%	15 14,29%	5,024	0,025
	No	99 59,64%	55 33,13%	12 7,23%		
Lawton y Brody	Independiente	31 68,89%	12 26,67%	2 4,44%	9,570	0,048
	Cierta ayuda	104 52,79%	69 35,03%	24 12,18%		
	Mucha ayuda	12 42,86%	15 53,57%	1 3,57%		

Fuente: Datos del estudio

Elaborado por: Dávalos, M. (2019)

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

[María Alexandra Dávalos Herrera]

[Documento de Consentimiento Informado para adultos mayores atendidos en medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suárez]

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres mayores de 60 años o más, que sean atendidos en medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suárez, y que se les invita a participar en la investigación: Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en adultos mayores con alto riesgo de caídas.

[María Alexandra Dávalos Herrera]

[Pontificia Universidad Católica del Ecuador]

[Prevalencia de Depresión y factores de riesgo asociados en adultos mayores con alto riesgo de caídas atendidos en medicina interna, en el Hospital Pablo Arturo Suárez, durante enero a marzo de 2019]

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- **Información (proporciona información sobre el estudio)**
- **Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)**

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado,

PARTE I: Información

Introducción

Yo soy María Alexandra Dávalos, estudiante del posgrado de medicina interna de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estoy investigando sobre la depresión en el adulto mayor con alto riesgo de caídas. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación.

Puede que haya algunas palabras no entienda. Por favor, me detiene según le informo para aclararle sus dudas. Si tiene preguntas más tarde, puede hacerlas a mí.

Propósito

La depresión en adultos mayores es muy frecuente, y más aún con alto riesgo de caídas. La razón por lo que hacemos este estudio es determinar la prevalencia de depresión en este grupo vulnerable e identificar factores de riesgo asociados, dado que repercute en la calidad de vida de esta población.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación se hará mediante una entrevista y aplicación de cuatro cuestionarios cortos.

Selección de participantes

Se está invitando a hombres y mujeres mayores de 60 años, que son atendidos en medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suárez para participar en la investigación sobre la prevalencia de depresión en adultos mayores con alto riesgo de caídas.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital público y nada cambiará. Incluso, usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

A. Descripción del Proceso

La entrevista se hará una sola vez en la consulta externa de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suárez. Primero se aplicará un cuestionario que valorar si usted tiene riesgo de caídas: si obtiene un puntaje de bajo riesgo de caídas finalizará para usted la investigación. Si su puntaje es de alto riesgo formará parte del estudio y se les aplicará una encuesta, que incluirá edad, género, estado civil, con quien convive, escolaridad, presencia de otras enfermedades, uso de ayudas técnicas para la deambulacion, si toma varios medicamentos.

Además se aplicará tres escalas:

- Escala de depresión geriátrica (Yesavage), que consta de 15 preguntas, le corresponden respuestas afirmativas/negativas según sea su realidad.
- Una encuesta (Lawton y Brody) modificada que mide las actividades básicas de la vida diaria, mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía.
- Una encuesta (índice de Katz modificada), que evalúa el grado de dependencia/independencia de las actividades instrumentales, usando seis funciones básicas: baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación.

Duración

La entrevista y la aplicación de cuestionarios durarán aproximadamente 15 a 20 minutos, en un único encuentro. No necesitará acudir una segunda vez. Al finalizar la entrevista, se finalizará la

investigación.

Riesgos

Al participar en esta investigación no existen posibles riesgos relacionados con su participación en este estudio ya que se trata de la aplicación de cuestionarios ya validados en poblaciones de adultos mayores y la información personal es confidencial. El riesgo por pérdida de confidencialidad se minimiza por codificación.

Molestias

No hay posibilidad de molestia alguna por ser una entrevista y aplicación de cuestionarios.

Beneficios

Si usted participa en esta investigación, usted no recibirá ningún beneficio económico directo por su participación en este estudio. Su participación nos permitirá determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores con alto riesgo de caídas, para implementación futura de medidas de prevención.

Incentivos

No habrá ninguna compensación por la participación en este estudio. No se le dará ningún dinero o regalos por tomar parte en esta investigación.

Confidencialidad

La información brindada por usted será secreta y confidencial. Si se publican los resultados, usted no será identificado/a personalmente. Se dará un código numérico a toda la información recopilada, esto asegurará que todos los participantes permanezcan en el anonimato. Únicamente el investigador tendrá acceso a toda la información personal del estudio. Después de que el estudio haya sido publicado, toda la información personal será destruida y solo se guardará la información codificada numéricamente.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted si lo desea, antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea atendida en esta unidad de salud. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en esta unidad de salud. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí. Su tratamiento en este hospital no será afectado en ninguna forma.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse llenado los cuestionarios. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a: [Alexandra Dávalos, telf.: 0998218343, o al correo electrónico: malexa_dh@hotmail.com].

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación de prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en adultos mayores con alto riesgo de caídas, atendidos en la consulta externa de medicina interna, en el Hospital Pablo Arturo Suárez, mediante una entrevista única y aplicación de cuestionarios. He sido informado de que no hay algún mínimo riesgo. Sé que no se me recompensará de manera económica alguna. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre de Participante_____

Firma del Participante_____

Fecha_____

Día/mes/año_____

SI ES ANALFABETO

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Y Huella dactilar del participante



Firma del testigo _____

Fecha Día/mes/año _____

RECHAZO O REVOCACIÓN DE INTERVENCIÓN

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. NO autorizo participar en esta investigación como participante

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha Día/mes/año _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador)

ANEXO 8

Explicando el consentimiento informado



Llenando la encuesta



TEST DE TINETTI

