



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**CAUSAS ASOCIADAS A DEPRESIÓN EN PACIENTES
GERIÁTRICOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: ADRIÁN MICHAEL LOZADO MUNZÓN

DIRECTOR: DRA. JOHANNA MARGOTH BARRERA MACANCELA

AZOGUES – ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**CAUSAS ASOCIADAS A DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS.
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: ADRIÁN MICHAEL LOZADO MUNZÓN

DIRECTOR: DRA. JOHANNA MARGOTH BARRERA MACANCELA

AZOGUES - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Adrián Michael Lozado Munzón portador de la cédula de ciudadanía N° **0302399019**. Declaro ser el autor de la obra: “**Causas asociadas a depresión en pacientes geriátricos. Revisión sistemática**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, 10 de noviembre de 2023



F:

Adrián Michael Lozado Munzón

C.I. 0302399019

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR

Dra. Johanna Margoth Barrera Macancela

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo denominado: **Causas asociadas a depresión en pacientes geriátricos. Revisión sistemática**, realizado por el estudiante **Adrián Michael Lozado Munzón** con documento de identidad **0302399019**, previo a la obtención del título de médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica; por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa ante el respectivo tribunal.

Azogues, 10 de noviembre de 2023

Dra. Margoth Barrera

Geriatra
Gerontóloga
C.I. 0105774806

Dra. Johanna Margoth Barrera Macancela

0105774806

DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIA

A mis padres Wilson y Teresa ya que gracias a ellos he podido formarme como persona, con toda su dedicación, valentía y amor han hecho de mí un hombre de bien, siempre con el ejemplo de perseverancia y constancia que los caracterizan, así me han podido influenciar con el valor para salir adelante.

A mi hermana Susana y mi hermano Henry, quienes han sido un pilar fundamental en este trajinar, con sus positivos consejos y palabras de aliento que cada día a día me brindaban.

Y demás familiares que con palabras de apoyo y aliento han hecho que cada día siga adelante a pesar de las adversidades.

¡ Infinitas gracias a todos, esto es por ustedes y para ustedes también!

AGRADECIMIENTO

Primero agradecer a Dios por ser quien me ha permitido llegar a este punto y brindarme la salud para alcanzar mis objetivos, y la fuerza para afrontar las adversidades de la vida.

Segundo agradecer a toda mi familia quienes me han sabido guiar y enseñar a afrontar los obstáculos de la vida. Ya que han sido una pieza fundamental por su apoyo y motivación dentro de toda esta carrera universitaria.

Agradecer también a mi universidad, quien ha sido encargada de mi formación académica, por brindarme los conocimientos adquiridos durante cada día, y de manera muy especial agradecer a mi tutora la Dra. Margoth Barrera quien ha sido mi guía y apoyo en la elaboración de este trabajo

Causas asociadas a depresión en pacientes geriátricos. Revisión sistemática

Adrián Michael Lozado Munzón, Johanna Margoth Barrera Macancela

Universidad Católica de Cuenca, amlozadom19@est.ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: En el año de 450 antes de cristo se estableció el termino de melancolía, para hacer referencia a lo que hoy se conoce como depresión. Según datos de la OMS, la depresión, representa el tipo más frecuente comprendiendo una cuarta parte de la población de personas mayores de 65 años. En el 2019 se han presentado datos a nivel mundial en donde se estima que la depresión oscila entre el 30 y el 70% estimando que el estado depresivo será la segunda causa de muerte a nivel mundial. **Objetivo:** Identificar y analizar las principales causas asociadas a depresión en pacientes geriátricos mediante estudios actualizados. **Metodología:** El diseño de investigación se basó en un método descriptivo, cualitativo y analítico, que se cumplió tras el análisis de estudios científicos actualizados, mediante el uso de los criterios de declaración PRISMA, y estas fueron jerarquizadas por Scimago Journal Rank en Q1, Q2 y Q3. **Resultados y conclusiones:** se obtuvo información netamente confiable ya sea por universidades, hospitales, fuentes digitales mundiales o nacionales, para el análisis y cumplimiento con los criterios tanto de inclusión y exclusión propuestos en el estudio. Se conoció que las causas de depresión en pacientes geriátricos tienen mayor prevalencia en los factores sociales con una afección del 40% de la población, específicamente la falta de apoyo familiar y el analfabetismo.

Palabras clave: Depresión, salud mental, estado de ánimo, población geriátrica

Causes associated with depression in geriatric patients: A systematic review

ABSTRACT

Introduction: Melancholia was established in 450 B.C. to refer to what is now known as depression. According to World Health Organization data, depression is the most common type, affecting a quarter of the population aged over 65. In 2019, global data estimated that depression ranges between 30% and 70%, predicting depressive states to be the second leading cause of death worldwide. **Objective:** To identify and analyze the primary causes associated with depression in geriatric patients through updated studies. **Methodology:** The research design was based on a descriptive, qualitative, and analytical method, conducted through the analysis of updated scientific studies using PRISMA declaration criteria, and these studies were ranked by Scimago Journal Rank in Q1, Q2, and Q3. **Results and Conclusions:** Reliable information was obtained from universities, hospitals, and world or national digital sources to analyze and comply with the inclusion and exclusion criteria proposed in the study. It was found that the causes of depression in geriatric patients are most prevalent in social factors, with affection of 40% of the population, specifically the lack of family support and illiteracy.

Keywords: depression, mental health, mood, geriatric population

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	4
1.1. Objetivo General.....	4
1.2. Objetivos Específicos	4
METODOLOGÍA	5
1.3. Diseño.....	5
1.4. Estrategias de búsqueda.....	5
1.5. Fuentes de información:	5
1.6. Criterios de elegibilidad.....	7
1.7. Organización de la información	8
RESULTADOS BIBLIOMETRICOS	9
RESULTADOS DE ESTUDIO DE RECOPIACIÓN DE DATOS	12
MARCO TEORICO.....	22
1. Definición.....	22
2. Efectos del envejecimiento sobre la salud mental.....	22
3. Fisiopatología.....	23
4. Factores o causas asociadas.....	24
5. Tipos de depresión	27
6. Diagnostico.....	29
7. Tratamiento	31
CONCLUSIONES	35
DISCUSION.....	36
RECOMENDACIONES Y ALTERNATIVAS.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41

Ilustración 1. Flujograma Prisma para la búsqueda y exclusión de los artículos. Extraído de la Guía Prisma.....	6
Ilustración 2. Bases de datos con mayor prevalencia de los estudios analizados	10
Ilustración 3. Años con mayor prevalencia de los estudios investigados	10
Ilustración 4. Países con mayor prevalencia en los estudios investigados.....	11

Ilustración 5. Prevalencia de factores asociados a depresión en pacientes geriátricos	19
Ilustración 6. Factores biológicos.....	19
Ilustración 7 . Factores sociales.....	20
Ilustración 8. Factores psicológicos	21
Tabla 1. Revistas investigadas en el estudio, según Scimago Journal Rank.....	9
Tabla 2. Resultados de los estudios de factores asociados a depresión en pacientes geriátricos	12
Tabla 3. Criterios diagnósticos para trastorno depresivo persistente	29
Tabla 4. Criterios diagnósticos DSM-V para depresión	30
Tabla 5. Recomendaciones generales para pacientes con depresión	31
Tabla 6. Propiedades y dosis de medicamentos antidepresivos en adultos mayores	32

INTRODUCCIÓN

El 75% de los adultos mayores que después de los 65 años tienden a presentar un trastorno depresivo que hace referencia a su primer episodio y puede estar relacionado con factores de tipo clínico. Es importante tener en cuenta que a este término se le conoce como un grupo de síntomas: apatía, desesperanza, decaimiento, tristeza, entre otros, pero cuando existe una alteración de menor o mayor grado se encuentran síntomas como alteraciones mentales y físicas que son característicos de la parte somática y cognitiva (1).

Es importante conocer la clínica, el grado de afección y tipo de deterioro para saber diferenciar lo normal de lo patológico. Se puede conocer diferentes tipos de depresión en especial la de grado mayor en donde es común encontrar sintomatología anímica, melancólica y dura más de 14 días (2).

Algo que está muy claro y se debe tener presente es que la depresión se viene a modificar por entes fisiológicos como es el envejecimiento, así también por la aparición de enfermedades crónicas (3).

En el presente trabajo de revisión bibliográfica y aplicación se va a conocer las causas asociadas a la depresión en pacientes geriátricos; debido a que la importancia de conocer estas causas se basa en la disminución de la mortalidad geriátrica y también en mejorar la calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Hace mucho tiempo atrás, se creía que la etiología de una alteración mental se basaba en fenómenos sobrenaturales es decir espíritus. En el año de 450 antes de Cristo se da a conocer el termino de melancolía, para hacer referencia a lo que hoy se conoce como depresión, este término fue presentado por Hipócrates; el cual siguió en auge hasta el siglo pasado.

En Ecuador tras aplicar una encuesta se conoció que el 39% de adultos mayores representan una problemática de depresión la cual es muy importante por presentar diferentes alteraciones en el estilo de vida. (4)

Según datos de la OMS, al hablar de trastornos psiquiátricos la depresión, representa el tipo más frecuente comprendiendo una cuarta parte de la población de personas mayores de 65 años. En el 2019 también se han presentado datos a nivel mundial en donde se estima que la depresión oscila entre el 30 y el 70%. Con estas cifras la OMS estima que el estado depresivo será la segunda causa de muerte a nivel mundial. (5)

De ahí surge la importancia del desarrollo de esta investigación y el planteamiento del siguiente problema

¿Cuáles son las causas asociadas a depresión en pacientes geriátricos en el año 2023?

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como propósito el aporte de conocimientos sobre las causas que influyen en la aparición de depresión colaborando así en mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos, y de esa manera también disminuir las tasas de mortalidad que se presentan ya que la prevalencia estimada de la depresión menor en la población general varía en diferentes períodos de tiempo y entre diferentes países; Un estudio transversal de prevalencia que utilizó los criterios de episodio depresivo (CIE-10) en varios países, en el que participaron 17 000 personas mayores de 65 años reportó para República Dominicana 13,8%, India rural 12,6%, Cuba 4,9%, India urbana 3,9%, Puerto Rico 2,3%, China rural 0,7%, y Nigeria 0,5%, China urbana 0,3%; sin embargo, los valores aumentaron de manera importante al utilizar el Euro-dep (tamizaje) . La prevalencia anual en el Perú fue 6,7% y en el Ecuador de 39,1%, según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en el Adulto Mayor; por lo que se pudo evidenciar un porcentaje muy alto dentro de nuestra población por lo que el propósito de la pregunta de investigación es la disminución de factores de riesgo que lleven a padecer tal enfermedad y así disminuir los índices de depresión y mortalidad

OBJETIVOS

1.1.Objetivo General

- Identificar las principales causas asociadas a depresión en pacientes geriátricos mediante estudios actualizados en los últimos 5 años.

1.2.Objetivos Específicos

- Identificar los estudios actualizados que han estudiado las causas de depresión en pacientes geriátricos
- Clasificar los estudios según la metodología, población y resultados
- Analizar los resultados de los estudios para identificar las principales causas asociadas a depresión en pacientes geriátricos

METODOLOGÍA

1.3.Diseño

Estudio de revisión sistemática de carácter descriptivo, cualitativo y analítico, el mismo que se llevará a cabo con el análisis de estudios científicos sobre las causas de depresión en pacientes geriátricos por lo cual para este proceso se seguirá la declaración PRISMA, enfocados en la población geriátrica.

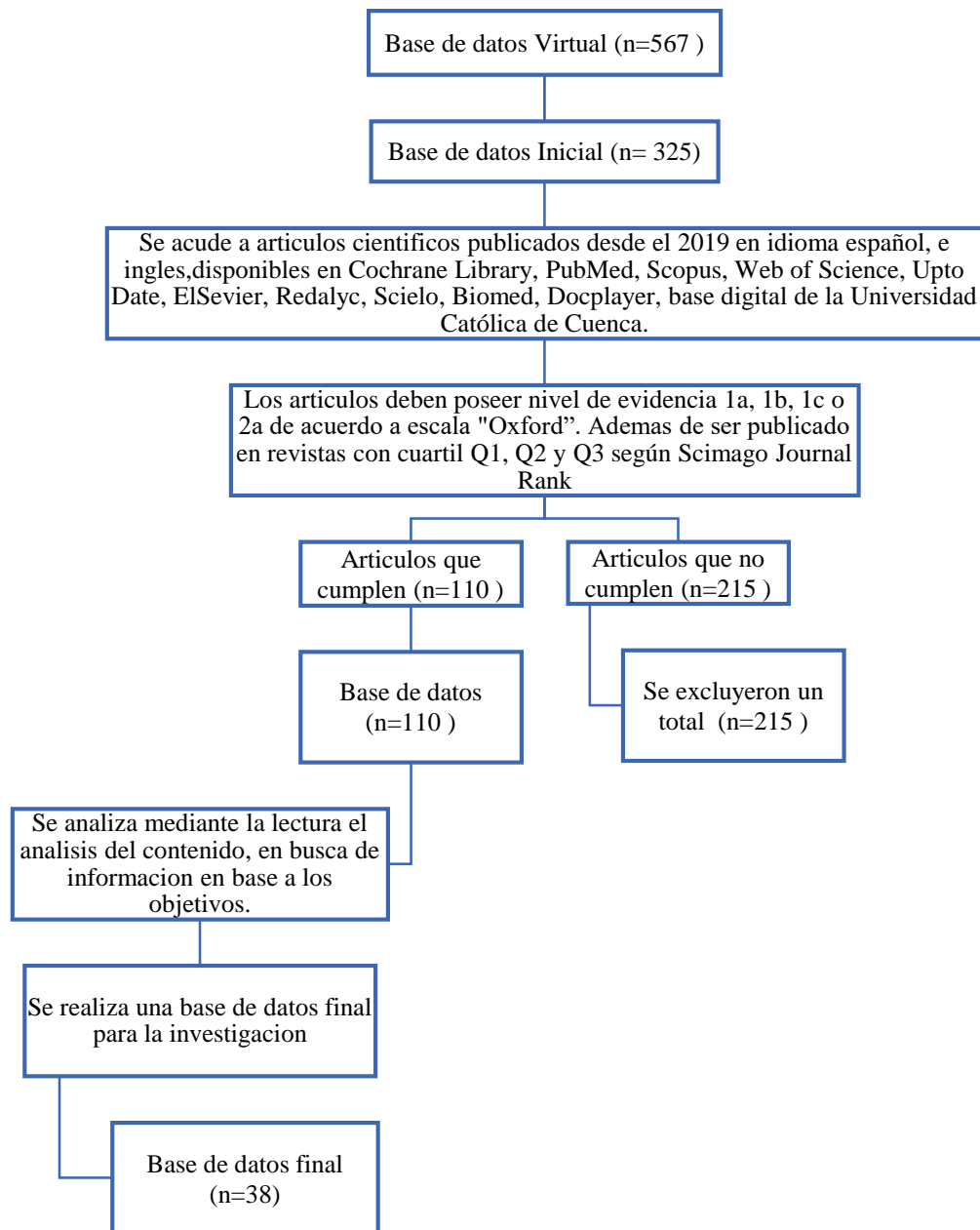
1.4.Estrategias de búsqueda

Los términos de búsqueda o palabras clave utilizadas serán los siguientes Buscar (((((((causas de depresión) AND adultos mayores) OR pacientes geriátricos)) NOT jóvenes o adultos)) OR factores asociados a depresión en adultos mayores) OR (((((causas de depresión) AND adultos mayores) OR pacientes geriátricos)) NOT pacientes jóvenes o adultos jóvenes)))) OR.

1.5.Fuentes de información:

Se obtendrá información de investigaciones científicas para datos científicamente válidos aplicados por universidades, hospitales y fuentes acreditadas, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de casos para el análisis de las causas de la depresión en poblaciones de mayor edad. Los estudios científicos que cumplan con los criterios de inclusión para este trabajo estarán disponibles en Cochrane Library, PubMed, Scopus, Web of Science, UptoDate, Elsevier, Redalyc, Scielo, Biomed, Docplayer, base digital de la Universidad Católica de Cuenca.

Ilustración 1. Flujograma Prisma para la búsqueda y exclusión de los artículos. Extraído de la Guía Prisma.



Nota: Elaborado por el autor.

1.6.Criterios de elegibilidad

Inclusión

- Se incluye todo estudio relacionado con el tema
- Cuartil de revistas Q1, Q2, Q3
- Artículos publicados a partir del 2019.
- Pacientes con alta hospitalaria o manejo ambulatorio.
- Estudios de rehabilitación emocional.

Exclusión

- Estudios con pacientes (<65 años) con diagnóstico de depresión
- Revistas con cuartil Q4
- Estudios que incluyen a una sola persona como grupo poblacional.
- Revisiones que no guarden relación con la cadena de búsqueda.

1.7.Organización de la información

En el segundo cribado se aplicarán los métodos de exclusión e inclusión de artículos, la eliminación de artículos que no cumplan con el año preestablecido, se pondrá en consideración el cuartil de cada revista si el mismo es menor o igual a Q4 no formara parte de la investigación. Posteriormente se procederá al análisis de cada artículo y elaboración de tablas que contengan título del artículo, diseño, numero de la población de estudio general, numero de la población de estudio según sexo, factores y tipos de factores con mayor prevalencia en el estudio asociados a depresión dentro del rango de edad establecido y IC %, P = VALOR, OR, se procederá a utilizar el gestor bibliográfico Zotero, para la organización de la información y posterior creación de la referencia bibliográfica Vancouver.

RESULTADOS BIBLIOMETRICOS

Tabla 1. Revistas investigadas en el estudio, según Scimago Journal Rank

REVISTA	CITAS	AÑO	CUARTIL	PAIS
New England Journal of Medicine	130	2022	Q1	ESTADOS UNIDOS
Anxiety and Depression Association of America	149	2022	Q1	ESTADOS UNIDOS
Journal of Affective Disorders	19	2022	Q1	PAISES BAJOS
Psychiatry Investigation	48	2022	Q2	COREA DEL SUR
Journal of Psychiatric Research	155	2022	Q1	REINO UNIDO
Harvard Review of Psychiatry	88	2021	Q1	ESTADOS UNIDOS
American Journal of Geriatric Psychiatry	137	2023	Q1	ESTADOS UNIDOS
International Journal of Geriatric Psychiatry	143	2022	Q1	REINO UNIDO
Journal of Aging and Health	84	2022	Q2	ESTADOS UNIDOS
Quality in Ageing and Older Adults	20	2022	Q3	REINO UNIDO
Cubana de Salud Pública	16	2022	Q2	CUBA
Geriatría y Gerontología Internacional	71	2020	Q2	ESTADOS UNIDOS
Journal of Aging Research	53	2022	Q3	ESTADOS UNIDOS
European Geriatric Medicine	32	2022	Q1	FRANCIA
Geriatría y Gerontología Internacional	71	2019	Q3	ESPAÑA

Elaborada por el autor y modificada de Scimago Journal Rank

Tras el uso de Scimago Journal Rank se tabuló el uso de revistas según el número de citas, año, cuartil y país, se evidenció que la revista Journal of Psychiatric Research es la de mayor impacto con 155 citas a su favor, así también el año con más prevalencia fue en el 2022 con un 73,33%. De las 15 revistas analizadas el 53,33% que equivalen a 8 revistas tienen una información totalmente relevante para el estudio realizado, entre los países con mayor cantidad de estudios le tenemos a Estados Unidos con un total de 7 revistas. Por lo que nos orienta a resultados obtenidos en 2022 una encuesta realizada a nivel mundial Statista Global Consumer Survey declara que Estados Unidos es el tercer país con mayor población con depresión a nivel mundial

con un 43% de 7600 encuestados. Es así, que al ser Estados Unidos el tercer país con más niveles de depresión en el mundo, se estén realizando una gran cantidad de estos estudios y justifique la tabla realizada.

Ilustración 2. Bases de datos con mayor prevalencia de los estudios analizados



Elaborado por el autor.

En la investigación realizada las bases de datos juegan un papel muy importante en el desarrollo de la misma, por lo que fueron usadas 8 bases de datos siendo las de mayor prevalencia Scielo con un 26% y Redalyc con un 24% con respecto a las otras.

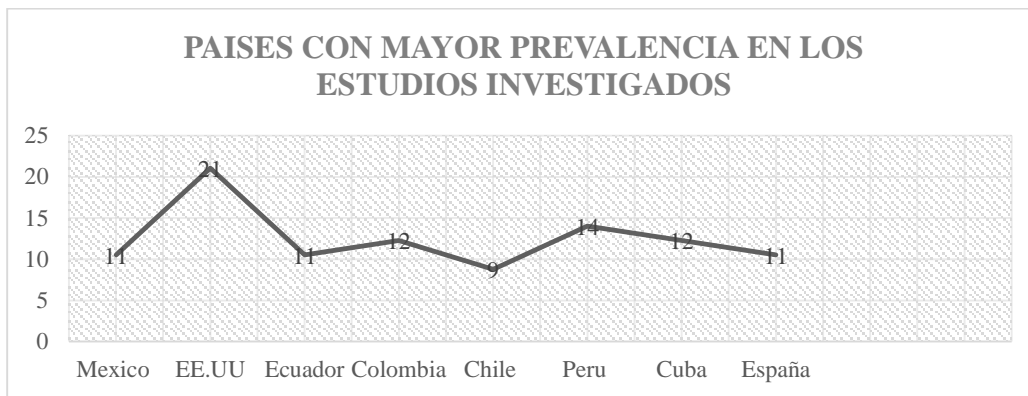
Ilustración 3. Años con mayor prevalencia de los estudios investigados



Elaborado por el autor.

Al realizar una investigación de este tipo es referente basarse en estudios de los últimos 5 años es decir en este caso desde el 2019. Se elaboró una ilustración en donde nos indica que el año 2021 tienen mayor cobertura con un 28% de los estudios en relación a los demás, seguido de 2020 con un 23%.

Ilustración 4. Países con mayor prevalencia en los estudios investigados.



Elaborado por el autor.

De los estudios investigados, haciendo referencia a su país de publicación, podemos apreciar que el 24% de estos pertenece a Estados Unidos, seguido del 14% perteneciente a Perú.

RESULTADOS DE ESTUDIO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Tabla 2. Resultados de los estudios de factores asociados a depresión en pacientes geriátricos

REVISTA/ TITULO	DISEÑO	NUMERO POBLACION	SEXO	HALLAZGOS	IC %, P = VALOR, OR
Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en la red de asistencia social al adulto mayor.	Transversal- analítico	644	Masculino : 397 Femenino: 247	Factores clínicos ➤ Enfermedades neurológicas ➤ Deterioro cognitivo ➤ Discapacidad	P < 0,006 ➤ OR=1,94 (IC95% 1,14 - 3,31), ➤ OR=1,54 (IC95% 1,01 - 2,35): ➤ OR=2,21 (IC95% 1,34 - 3,63)
Prevalencia de trastorno depresivo en adultos mayores que conforman el centro integral del adulto mayor.		90	Masculino : 13 Femenino: 13	Factores de riesgo asociados fueron el ser solteros y viudos	P: < 0,005
Factors associated with depression in older adults over the age of 75 living in an urban area	Estudio observacional, transversal y analítico	400	Masculino : 188 Femenino: 212	Factores ➤ Sexo ➤ Vivir solos	➤ OR: 2.737, P: <0,001 ➤ P: <0,005
Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos	Estudio descriptivo y transversal	47		Factores biológicos: Enfermedades degenerativas 21% Dolor crónico con 15%, Factores psicológicos: abandono 17%	P: < 0,001
Factors associated with depression in older adults in the urban area of Tabasco.	Diseño observacional, prospectivo, transversal	126	Masculino : 43 Femenino: 83	Factores de asociación Escolaridad primaria o menor Familia disfuncional	➤ OR: 12,96 ➤ P < 0,002

Frecuencia de casos depresivos en personas adultas mayores en tres comunidades rurales del sureste mexicano	Estudio descriptivo, observacional y transversal	57	Masculino : 24 Femenino: 33	Factores: Más prevalente en pacientes con enfermedad crónica o degenerativa (78,6%)	P < 0,001
Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo	Estudio observacional, analítico y prospectivo	303	Masculino : 110 Femenino: 192	Factores: Riesgo socio-familiar 52,98% Comorbilidades 26,16%	P: < 0,001 P: 0,0169
Comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus tipo II: causas, consecuencias y prevalencia en adultos mayores (11).	Bibliográfico transversal descriptivo - cuantitativo y retrospectivo	228	Masculino : 71 Femenino: 157	Se detectó depresión en el 66,7 % (152) de las personas incluidas en el estudio. Factores asociados significativamente: Diabetes mellitus tipo II Hipertensión Neuropatía	P = 0.029 P = 0.0024 P = 0.0003
Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas (12).	Estudio observacional, correlacional y de corte transversal	4917	Masculino : 2290 Femenino: 2627	Con depresión 471 Mujeres 226 Hombres Factor de riesgo: Pobreza 66,9%	P = 0.0000
Incidencia de los Factores de Riesgos Psicosociales por Covid-19, en Pacientes Adultos Mayores que se encuentran bajo la Modalidad Diurna y Atención Domiciliaria en	Documental, cuantitativa	100	Masculino : 50 Femenino: 50	Factor de riesgo: COVID – 19 73%, 45% con probable depresión y 28% depresión establecida	P = 0.0000

un Centro Gerontológico (13)					
Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes geriátricos en hemodiálisis crónica (14)	Descriptivo y transversal	122	Masculino : 80 Femenino: 42	Factor de riesgo: Hemodiálisis Sexo femenino La comorbilidad asociada	P <0,05
Prevalencia de malnutrición y factores asociados a depresión en adultos mayores del cantón Gualaceo, Ecuador (15)	Transversal	250	Masculino : 114 Femenino: 136	Factor de riesgo: Malnutrición	P <0,001
Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en Pacientes adultos mayores del servicio de consulta externa del Hospital militar geriátrico durante la pandemia por COVID-19 (16).	Transversal y cuantitativo	130	Masculino : 60 Femenino: 70	Factor de riesgo: Edad, Estado civil, Acceso a medicamentos, Número de consultas durante pandemia, Soledad	P <0,02
Factores de riesgo que se encuentran asociados a depresión en el adulto mayor en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo (17).	Transversal y cuantitativo	850	Masculino : 450 Femenino: 400	Factor de riesgo: Analfabetismo, Pobreza	P <0,05
Depresión e ideas suicidas en ancianos en un	Descriptivo y longitudinal	37	Masculino : 14 Femenino:	Factor de riesgo: La soledad y la edad	P <0,05

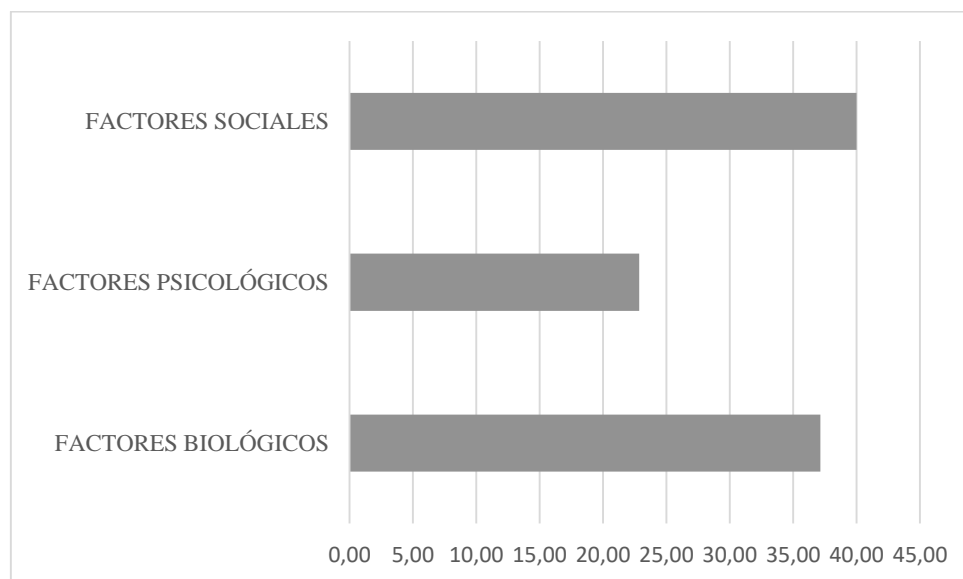
Grupo Básico de Trabajo (18)			23	Las 37 personas mostraron depresión.	
Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel (19)	Descriptiva y transversal	82	Masculino : 36 Femenino: 46	Factor de riesgo: Soledad, desesperanza, pérdida de interés en actividades cotidianas y temor	P <0,05
El dolor crónico y su asociación con depresión en pacientes geriátricos en UMF 67, Ciudad Juárez, Chihuahua (20).	Descriptivo o analítico transversal	120	Masculino : 59 Femenino: 61	Factor de riesgo: Dolor crónico	P= 0.000
Depresión en el adulto mayor intervenido quirúrgicamente (21).	Observacional, comparativo, prospectivo y longitudinal	73	Masculino : 47 Femenino: 26	Factor de riesgo: Intervenciones quirúrgicas Depresión antes de intervención quirúrgica 36% y después de cirugía se incrementó un 4%.	P < 0.05
Factores asociados al Síndrome de Fragilidad en Ancianos que Acuden al Ambulatorio de Geriatria del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú (22)	Analítico observacional transversal	180	Masculino : 40 Femenino: 140	Factor de riesgo: Edad Síndrome de fragilidad Caídas	P<0,001
Factores relacionados al grado de depresión en pacientes geriátricos atendidos en el Centro de Salud Delicias de Villa, 2022 (23)	Observacional, analítico, transversal y retrospectivo	195	Masculino : 74 Femenino: 121	Factor de riesgo: Falta de convivencia Diabetes mellitus	P=0,001

Características sociodemográficas asociadas a depresión en los adultos mayores atendidos en el centro de salud 09 de octubre en el periodo noviembre - diciembre del 2019 (24).	Correlacional, no experimental, retrospectivo, transversal	201	Masculino : 137 Femenino: 64	Factor de riesgo: Estado civil viudez	P < 0.05
Hipoacusia súbita asociada a depresión: síntoma inusual en adultos mayores infectados por Sars-CoV-2 (25)	Cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal	87	Masculino : 23 Femenino: 64	Factor de riesgo: Hipoacusia COVID-19	P < 0.05
Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria asociadas a depresión en el paciente geriátrico (26)	Prospectivo, descriptivo, transversal y analítico	94	Masculino : 36 Femenino: 29	Factor de riesgo: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Ausencia o Leve Incapacidad Los resultados demostraron existe una asociación baja entre variables Depresión Geriátrica y ABVD.	P = 0.039
Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor (27).	Descriptivo, longitudinal y retrospectivo.	140	Masculino : 76 Femenino: 64	Factor de riesgo: Conducta suicida Drogo-dependencia	P=0.046
La disfunción familiar como factor predisponente de depresión en el adulto mayor (28).	Descriptivo, cuantitativo.	100	Masculino : 54 Femenino: 46	Factor de riesgo: Disfunción familiar	P < 0.05

Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19 (29)	Descriptivo, transversal	201	Masculino : 91 Femenino: 110	Factor de riesgo: Aislamiento social por COVID-19	P < 0.05
Síndrome fronto-subcortical: cuando la red falla, a propósito de un caso (30)	Estudio de caso	1	Masculino : 1	Factor de riesgo: Intento autolítico	P < 0.05
Propuesta de Estrategia Educativa para la depresión en el adulto mayor. Policlínico Manuel Díaz Legrá. Holguín. 2022 (31)	Cuantitativo	183	Masculino : 58 Femenino: 125	Factor de riesgo: Soledad y desesperanza	P < 0.05
Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco (1)	Observacional, prospectivo, transversal	139	Masculino : 43 Femenino: 83	Factor de riesgo: Sexo femenino Edad Escolaridad	P=0.01
Influencia de la depresión en el deterioro cognitivo en los Adultos mayores del centro gerontológico Guillermina Loo De Moreno (32)	Descriptivo transaccional, no experimental, de corte transversal con un enfoque mixto	18	Masculino : 12 Femenino: 6	Factor de riesgo: Edad Escolaridad	P < 0.05
Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las Unidades de Salud,	Observacional, analítico de corte transversal	228	Masculino : Femenino:	Factor de riesgo: Diabetes Mellitus tipo 2	P = 0.029

Encarnación, Paraguay 2019 (33).					
Depresión en ancianos gravemente enfermos con neumonía adquirida en la comunidad (34)	Prospectivo, longitudinal, analítico	160	Depresión: 55	Factor de riesgo: Neumonía	P= 0,000
Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19 (35).	Descriptivo, transversal	100	Masculino : 39 Femenino: 61	Factor de riesgo: Aislamiento social por COVID-19	P < 0.05
Funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión (36).	Descriptivo	26	Masculino : 13 Femenino: 13	Factor de riesgo: Edad Escolaridad	P < 0.05
Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años (37)	Descriptivo y transversal	47	Masculino : 25 Femenino: 22	Factor de riesgo: Género femenino Escolaridad	P = 0.015
Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara (38)	Cuantitativo	69	Masculino : 37 Femenino: 32	Factor de riesgo: Sexo femenino Ansiedad No existencia de redes de apoyo Independencia funcional	P < 0.05

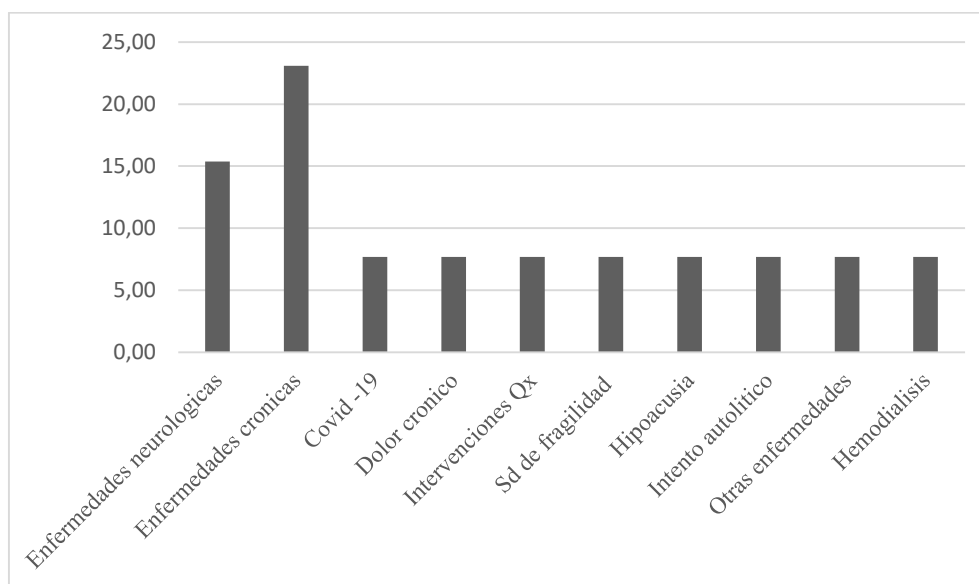
Ilustración 5. Prevalencia de factores asociados a depresión en pacientes geriátricos



Elaborado por el autor

En términos de asociaciones significativas, la depresión se encontró con mayor prevalencia en los factores de tipo social con un porcentaje del 40% de la población estudiada, seguida de los factores biológicos con un 37,14%, y los factores psicológicos con un 22,86%.

Ilustración 6. Factores biológicos

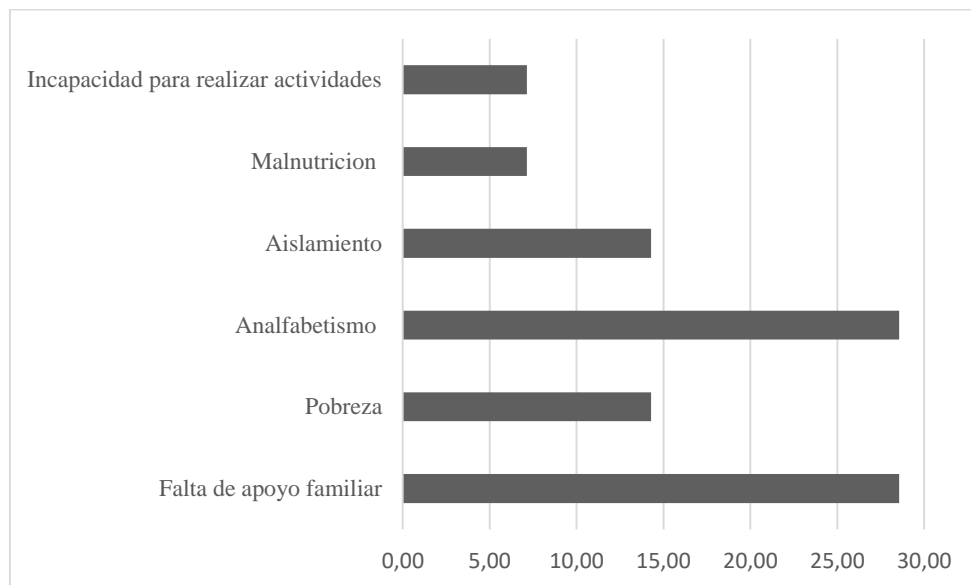


Elaborado por el autor

La investigación sobre las causas de depresión en adultos mayores ha identificado una serie de hallazgos significativos. En términos de factores biológicos, se encontró que las enfermedades

crónicas representan el factor de riesgo con mayor prevalencia con un porcentaje de 23,08%, es decir aumentan el riesgo de depresión en la población geriátrica, seguido de las enfermedades de tipo neurológico con un 15%, y siendo el dolor crónico, el covid-19, las intervenciones quirúrgicas, síndrome de fragilidad, hipoacusia, intento autolítico, hemodiálisis, y otras enfermedades como la neumonía, que no son tan significativas con un porcentaje de 7,69% cada una de ellas.

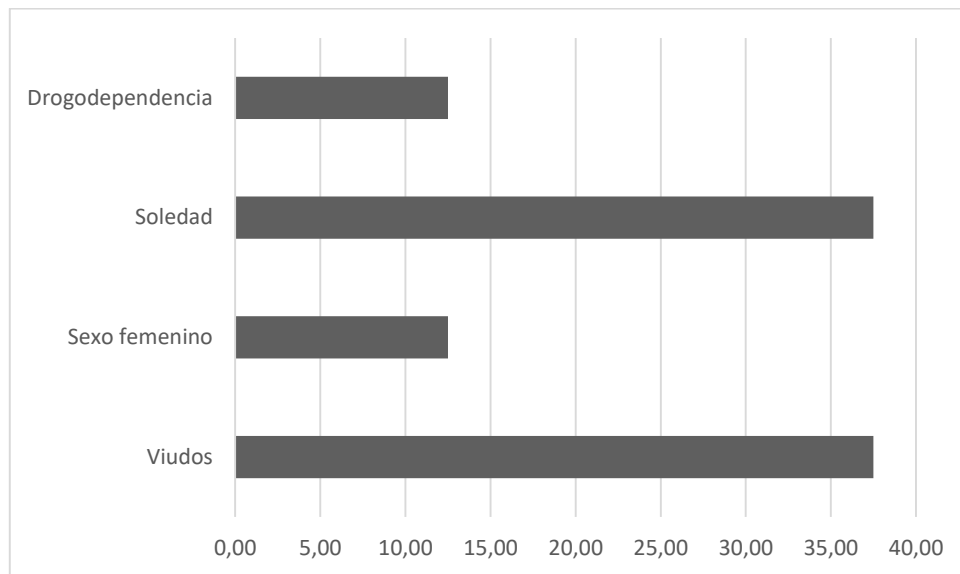
Ilustración 7 . Factores sociales



Elaborado por el autor

En cuanto a los factores sociales, el analfabetismo y la falta de apoyo familiar se han asociado con mayor riesgo de depresión con un 28,57% de la población. El aislamiento y la pobreza representan los segundos factores de riesgo con un porcentaje de 14,29% de la población y también juega un papel importante en el desarrollo de la depresión en adultos mayores. Por último y no menos significativo tenemos la incapacidad para realizar actividades, y malnutrición con un porcentaje de 7,14 %.

Ilustración 8. Factores psicológicos



Elaborado por el autor

Los factores psicológicos, como la soledad y el estado civil de viudez, se han relacionado con la depresión, es decir aumentan el riesgo de depresión en pacientes geriátricos, con un porcentaje de 37,5% cada uno de ellos. Además, la drogodependencia y el sexo femenino también se identificaron como factores de riesgo, pero de manera no tan significativa con un porcentaje de 12,5% de la población estudiada.

En resumen, la depresión en adultos mayores es una afección compleja y multifactorial, influenciada por una variedad de factores sociales, biológicos y psicológicos que afectan directamente a este tipo de población.

MARCO TEORICO

1. Definición

A este término se le conoce como un grupo de síntomas: apatía, desesperanza, decaimiento, tristeza, entre otros. Pero cuando existe una alteración de menor o mayor grado se encuentran síntomas como alteraciones mentales y físicas que son característicos de la parte somática y cognitiva (1). Es importante conocer la clínica, el grado de afección y tipo de deterioro para saber diferenciar lo normal de lo patológico (2). Se puede conocer diferentes tipos de depresión en especial la de grado mayor en donde es común encontrar sintomatología anímica, melancólica y dura más de 14 días (3)..

Para definir a la depresión en pacientes geriátricos se debe conocer que los síndromes geriátricos mantienen una alta prevalencia; y su dificultad diagnóstica, ocasiona que pasen desapercibidos para el clínico, así aumenta el riesgo de desarrollar deterioro funcional y dependencia si no son adecuadamente tratados. De esta forma se puede decir que la depresión en adultos mayores es un problema generalizado, y no es parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, la depresión en este tipo de pacientes no se presenta clínicamente como en los otros rangos de edad, con: apatía, decaimiento, problema para dormir e incluso la misma expresión de tristeza y angustia; por lo que dificulta su diagnóstico. Dentro de los síntomas más característicos en el adulto mayor son la irritabilidad y aislamiento social principalmente. (4)

2. Efectos del envejecimiento sobre la salud mental

Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también se relacionan con factores incluido el entorno asistencial, la depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio. Las mayores tasas de suicidio se observan entre las personas de 65 años o más. (3).

Un síndrome depresivo es un desorden afectivo que puede manifestarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas como episodios depresivos mayores, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, respuesta de regulación del estado de ánimo depresivo, o como un trastorno depresivo orgánico (depresión secundaria). Los factores de riesgo psicológico fueron similares en todos los grupos de edad, incluida la culpa y los patrones de pensamiento negativos. El deterioro cognitivo es otro factor de riesgo importante. Además de los factores físicos y psicosociales, se pueden mencionar algunos factores etiológicos que conducen a una serie de cambios en el sistema nervioso central, transiciones típicas del envejecimiento, tales como:

reducción de neuronas en áreas específicas (sistema límbico), disminución de neurotransmisores e incremento de su catabolismo por aumento de la monoaminoxidasa cerebral, entre otros. (3).

Los episodios breves de depresión, comunes entre los adultos mayores, consistieron en síntomas depresivos moderadamente graves que cumplían con los criterios (DSM-V), excepto por una duración de aproximadamente 2 semanas. Estos síntomas pueden no tener un origen claro y resolverse espontáneamente, produciendo ataques en ciclos cada vez más rápidos. Algunos adultos mayores experimentan un breve período de varios días con síntomas depresivos severos secundarios a fases de ajuste o duelo, entre otras condiciones. La adaptación a una enfermedad crónica grave o la pérdida de un cónyuge o pareja suele ser la raíz de estos síntomas; los afectados se recuperan con el tiempo o desaparece el factor estresante. (3).

La depresión no se caracteriza como una entidad homogénea, y la diversidad de sus causas permite considerarla un grupo de trastornos cuyo denominador común es el estado de ánimo depresivo. El concepto de depresión ha tenido un proceso mediante el cual se han logrado tipificar subtipos de depresión. (3).

Los avances más sucintos sobre la depresión los ha realizado la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que, a través de distinciones descriptivas y fenomenológicas, reúne en un capítulo titulado "Trastornos del estado de ánimo" las diversas entidades clínicas. Psicológicamente destacan algunos de los síntomas asociados: el llanto fácil o desencadenado por estímulos triviales que son poco común en este rango de edad. La probabilidad de que los adultos mayores se adapten a su entorno, especialmente a un nuevo entorno, depende de:

- Tu pasado
- Tu salud
- Sus habilidades de comunicación y respuestas (3).

3. Fisiopatología

Existen teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos que se dividen en 2 líneas principales:

- a. **Alteraciones neuroendocrinas:** se puede decir que esta alteración expresa una patología a nivel del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo (específicamente en el hemisferio no dominante), donde se expresan síntomas depresivos. Tanto al sistema límbico y ganglios basales se relacionan y tienen la función de producción de emociones, así también las alteraciones de sueño, apetito, cambios biológicos, endocrinos, y de conducta sexual, que se observan en pacientes deprimidos sugieren una disfunción del hipotálamo. Se sugiere una alteración o disfunción hipotálamo - hipófisis en todos los trastornos afectivos por lo que la hormona de crecimiento, prolactina, hormonas gonadales, líquido cefalorraquídeo y melatonina tienen una reacción disminuida. (4)
- b. **Neurotransmisores:** tanto la norepinefrina y serotonina impulsan al sistema límbico para que exista un aumento de sensación de bienestar, dando así alegría, satisfacción, impulso sexual, aunque el exceso de este puede ocasionar manía en algunos de los casos. Por lo que medicamentos como la reserpina y fenotiazida bloquean la secreción de neurotransmisores por lo que ocasionan el inicio de la sintomatología de la depresión (4)

4. Factores o causas asociadas

La depresión tiene una etiología muy variada y de suma complejidad, razón por la cual no se conoce la relación entre ellas, ni su grado de valor al referirnos al tema.(6)

4.1. Factores Biológicos.

El síndrome depresivo ocasiona un sin número de alteraciones entre las cuales se encuentran cambios de tipo neurológico, hormonal e inmunológico. Se conoce que los cambios biológicos, juegan un papel importante en el estado depresivo, pues se sabe que existe cambios en los neurotransmisores (serotonina) y como efecto produce la fisiopatología de esta enfermedad al producir una disminución en la unión de ciertos receptores (7).

Existen enfermedades que pueden volver más susceptibles a los adultos mayores de contraer un síndrome depresivo, entre estas tenemos: afecciones cardíacas, fracturas de cadera, incontinencia urinaria y una de las más importantes el dolor (7).

4.1.1. La salud física deficitaria y las limitaciones funcionales.

La salud física es preocupante para muchos adultos mayores, a menudo asociada con condiciones de salud mental. Más de dos tercios de las personas mayores de 55 años tendrán al menos una enfermedad crónica en su vida, y alrededor del 40 por ciento tendrá dos o más enfermedades crónicas. Además, los estudios han demostrado comorbilidades significativas entre los trastornos de salud mental y las enfermedades crónicas, incluidas las lesiones repetidas (p. ej., caídas), afecciones cardiovasculares y el dolor tipo crónico. Los trastornos mentales tienen un gran impacto en la discapacidad, la evolución de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y el riesgo de muerte prematura. Asimismo, muchos adultos mayores experimentan limitaciones de ámbito funcional debido a problemas relacionados con la salud y estos vienen a presentar síntomas depresivos moderados y severos (8).

4.2. Factores Psicológicos.

Este tipo de factores están constituidos por múltiples etiologías, en donde se incluyen pérdidas durante la vejez ya sea de familiares o personas cercanas, la soledad es una de las causas por la cual la mayoría de adultos mayores se ven afectados. Muchas de las veces los adultos mayores que se encuentran en una institución tienen más problemas psicológicos que otros que se encuentran dentro de un hogar o familia, por lo que los regímenes institucionales son más estrictos, y por esta razón los síntomas pueden presentarse de la siguiente manera: deseo de fallecer (8).

4.2.1. Personalidad.

Tras el análisis de diversos estudios se conoce que las personas adultas mayores son más propensas de padecer un síndrome depresivo, más aún cuando se encuentran vinculadas con alteraciones mentales negativas, un autoestima muy bajo, preocupación excesiva y estrés (9)

4.2.2. Soledad.

Muchos autores sostienen que la soledad es otro miedo en esta etapa del desarrollo porque su percepción depende de la red de apoyo social que disponga el individuo y de la serie de recursos psicológicos que tenga. A su vez, la soledad en los adultos mayores está relacionada con sus percepciones, su estado de ánimo, su capacidad de adaptación y la forma en que resuelven los problemas. Por ello, existen dos tipos de

soledad: la objetiva y la subjetiva, que hace referencia a la falta de compañía permanente o temporal, aunque ésta no siempre es desagradable y puede ser una experiencia deseada y gratificante; y la otra a cuyo estado no se busca, se es doloroso y solitario (10)

4.2.3. Insatisfacción Personal.

El tener una satisfacción personal es un impulso de vida y se representa como la medida cognitiva de una persona, basada en sus objetivos y resultados obtenidos durante mucho tiempo o toda su vida. La satisfacción hace referencia al balance personal, por lo cual los adultos mayores deben tratar de mantener actividades de su interés y que les propicie mayor sentido a su vida (8).

4.2.4. Pérdidas y Duelo.

El afecto de una persona cercana, familiar o amigo, es muy importante para los pacientes geriátricos por lo cual al momento que existe una pérdida, significativa, el paciente manifiesta una pérdida de la autonomía lo que lleva consigo una afección del estado emocional de los adultos mayores (8).

Es muy importante hablar sobre la parte emocional de los adultos mayores, ya que la mayoría al compartir con su pareja y percibir una pérdida de la misma suele ser un impacto muy fuerte por lo que se presentan episodios de soledad y tristeza; por lo que se dice que la viudez suele ser un desencadenante del sentimiento de soledad e incluso de la depresión (8).

4.2.5. Pérdidas Múltiples.

Si tras la pérdida de un amigo o miembro de la familia existe mucho riesgo de depresión en un adulto mayor, más aun cuando se asocian a otras pérdidas como: pérdida de la capacidad física, disminución de la sensibilidad y algunas de las veces pérdida del funcionamiento cerebral (9).

4.3. Factores Sociales.

Tras indagar información sobre los múltiples factores que causan depresión se conoció que, en un estudio de personas adultas mayores con una muestra de 149 adultos deprimidos, hubo mayor prevalencia en el rango de 60 a 69 años que sean de sexo femenino, viudos, jubilados y también cuando presentan bajo grado de escolaridad. Es ser ya una persona jubilada, o tener

un estatus económico bajo y la falta de oportunidades puede generar un síndrome depresivo (8).

4.3.1. Falta de Apoyo Social y Familiar.

Existen adultos mayores que no pueden tener los cuidados suficientes en sus hogares por lo que los familiares deciden ubicarlos o mandarnos a centros geriátricos y esto puede provocar un trastorno depresivo. Se sabe que el apego familiar es un punto muy importante para el bienestar, tanto físico, psicológico y mental (1).

4.3.2. Cambios en el Rol Social del Adulto Mayor.

Muchos autores sostienen que la soledad es otro miedo en esta etapa del desarrollo porque su percepción depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los recursos psicológicos que tenga. Por lo tanto, no debe estar ligado al legado de los ancianos, sino que depende del entramado de influencias sociales y culturales que entretengan la vida de los ancianos. A su vez, la soledad en los adultos mayores está relacionada con sus percepciones, su estado de ánimo, su capacidad de adaptación y la forma en que resuelven los problemas. Por ello, existen dos tipos de soledad: la objetiva, que hace referencia a la falta de compañía permanente o temporal, aunque ésta no siempre es desagradable y puede ser una experiencia deseada y gratificante; y la subjetiva, cuyo estado no se busca, se es doloroso y solitario (5).

4.3.3. Falta de Actividades de Ocio.

El invertir el tiempo que sea necesario en actividades lúdicas puede ayudar a mejorar el estado depresivo en ciertos pacientes, pero así mismo si el adulto mayor carece de este tipo de actividades la probabilidad de contraer un síndrome depresivo y alto. Los adultos mayores institucionalizados pueden mejorar la salud mental al entretenerse con otras actividades como; juegos, paseos y actividades deportivas (1).

5. Tipos de depresión

5.1. Depresión mayor (trastorno unipolar)

Muchas veces las características clínicas de una depresión mayor se asemejan a la enfermedad de Parkinson al presentar comisura labial caída, postura inclinada, actividad visual escasa, disminución de la expresión de la cara, alteración del habla.(2,9) .

Para poder establecer un diagnóstico aquí es necesario que los síntomas se presenten todos los días por al menos 14 días y al menos tener la pérdida de interés: (2,9)

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Aumento o pérdida significativa (mayor 5%) de peso, disminución o aumento de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio

5.2. Trastorno depresivo persistente

Al manifestar síntomas de tipo depresivos que persisten durante ≥ 2 años, tienen un comienzo abrupto y a mediana edad, incluso pueden durar años o décadas y no presentan resolución se clasifican como trastorno depresivo persistente, una categoría que combina el trastorno anteriormente conocido como trastorno depresivo mayor crónico y distimia (10).

De manera característica este tipo de pacientes se presentan con una negatividad personal, introvertidos, melancólicos, críticos consigo mismos e incluso con los demás y suelen quejarse de todo. Pues en este tipo de pacientes existe mayor probabilidad de tener trastornos de personalidad (11).

Aquí el diagnóstico se realiza al presentarse los síntomas durante las 24 horas con una duración de ≥ 2 años, más ≥ 2 de los siguientes:

Tabla 3. Criterios diagnósticos para trastorno depresivo persistente

✓ Falta o exceso de apetito
✓ Insomnio o hipersomnia
✓ Baja energía o fatiga
✓ Baja autoestima
✓ Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
✓ Sentimientos de desesperanza (2,6).

Elaborado por el autor y tomado de Guía DSM-V

6. Diagnóstico

6.1. Criterio diagnóstico

La depresión tiene un diagnóstico netamente clínico, basado en los criterios del DSM V de la Asociación Americana de Psiquiatría, claro que también en el caso de los adultos mayores es muy importante la aplicación de la historia clínica y un correcto examen físico. Sin embargo, se presenta con una serie de síntomas que van desde tristeza, el ser servicial y pérdida del estado de ánimo. (12)

Al establecer el diagnóstico se puede presentar una serie de complicaciones, en donde las más frecuente tenemos a la heterogeneidad clínica que se presenta con el desinterés en actividades de la vida diaria, apatía, estado de confusión (13).

Para poder referirnos al trastorno depresivo este debe tener menos de 14 días de duración y estar presente como mínimo 2 de los 3 síntomas típicos de la depresión: (13).

- ✓ Cambios en el estado de ánimo
- ✓ Pérdida del interés por ciertas actividades
- ✓ Astenia (13)

Para tener un diagnóstico de depresión según los criterios del DSM V debe existir al menos por 14 días la presencia de 5 síntomas en donde al menos 1 tiene que ser disminución del interés por todas o casi todas las actividades; tener en cuenta que la depresión puede dividir su cuadro clínico en leve, moderado o grave (13).

Tabla 4. Criterios diagnósticos DSM-V para depresión

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-V	
A.	<p>Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</p> <p>Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás) 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido) 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
B.	Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C.	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D.	Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
E.	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Elaborado por el autor y tomado de Guía DSM-V

7. Tratamiento

El trastorno depresivo geriátrico es una alteración mental que viene a ser un reto en el tratamiento.

7.1. Tratamiento farmacológico.

Es muy importante tener en cuenta que a medida que los años pasan el cuerpo envejece y por lo tanto existen cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos, por lo cual la respuesta será diferente, así también se deberá modificar la dosis para poder alcanzar los efectos deseados (14).

7.1.1. Recomendaciones generales.

Tabla 5. Recomendaciones generales para pacientes con depresión

- Tratar siempre con un antidepresivo los síndromes depresivos, sean del tipo que sean.
- Utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes para no agravar síntomas cognitivos (4).
- Limitar al máximo el uso simultáneo de benzodiazepinas, porque agravan los síntomas cognitivos, sedan y pueden inducir cuadros confusionales en los muy ancianos (4).
- Ajustar dosis con prudencia: iniciar con mitad de dosis del adulto (4).
- Tener en cuenta los efectos secundarios, sobre todo el cardiotóxico de algunos antidepresivos, especialmente los heterocíclicos (4).
- Valorar la respuesta a un tratamiento antidepresivo anterior (4).
- Valorar la respuesta al tratamiento antidepresivo en familiares biológicos (4).
- Valoración de patología orgánica (4).
- Responsabilizar a un familiar o cuidador (4).
- Confeccionar el horario de prescripción (4).

Elaborado por el autor y tomado de Guía DSM-V

Para iniciar el tratamiento depresivo en un paciente geriátrico se estima que se tendrá una respuesta a las 3 o 4 semanas, y se recomienda iniciar con una amina secundaria (nortriptilina o desipramina); pero los fármacos que más uso clínico tienen son los ISRS debido a su eficacia

antidepresiva y la mejor tolerancia que existe, al presentar solo pérdida de peso y agitación a comparación de otro tipo de medicamentos (Tabla 3) (7).

Tabla 6. Propiedades y dosis de medicamentos antidepresivos en adultos mayores

DROGA	DOSIS INICIAL	RANGO DE DOSIS SUGERIDO	PRECAUCIONES	VENTAJAS POTENCIALES
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)				
ESCITALOPRAM GR: A NE: 1B	5 mg cada mañana o cada noche	5 a 20 mg al día	Pueden producirse síntomas leves de interrupción en ausencia de una reducción gradual.	Se aplica escitalopram y citalopram: bien tolerado. No sedante, bajo riesgo de alteraciones del sueño. Buena opción para el tratamiento inicial de la depresión en la mayoría de los adultos mayores.
CITALOPRAM GR: A NE: 1A	10 mg cada mañana o cada noche	10 a 20 mg al día		
SERTRALINA GR: A NE: 1A	12,5 a 25 mg cada mañana	25 a 200 mg al día	Síntomas gastrointestinales: diarrea. La solución oral contiene alcohol	No sedante, bajo riesgo de insomnio. Buena opción para el tratamiento inicial de la depresión en la mayoría de los adultos mayores.
FLUOXETINA GR: A NE: 1B	5 a 10 mg cada mañana	5 a 60 mg al día	La vida media prolongada y los metabolitos activos requieren semanas para alcanzar el estado estable, lo que prolonga el tiempo necesario para evaluar el efecto del ajuste de dosis	No es necesario reducirlo gradualmente al suspenderlo debido a su larga vida media. Útil para pacientes deprimidos con poca energía.
PAROXETINA GR: A NE: 1B	10 mg cada noche	10 a 40 mg todas las noches	Puede causar: estreñimiento, sequedad de la boca o somnolencia	Útil para pacientes con insomnio
FLUVOXAMINA GR: A NE: 1B	25 mg cada noche	25 a 200 mg todas las noches	Vida media corta asociada con síntomas de interrupción en ausencia de reducción gradual.	Útil para pacientes con insomnio

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (IRSN)

VELANFAXINA (LIBERACION PROLONGADA) GR:2 NE: 2A	37,5 mg una vez al día	75 a 225 mg una vez al día	Se aplica a venlafaxina y desvenlafaxina: Puede provocar aumentos dosis dependientes de la presión arterial	Puede ser útil para el tratamiento de pacientes deprimidos melancólicos con poca energía o hipersomnia. Útil para pacientes con
VELAFAXINA (LIBERACION INMEDIATA) GR: 2 NE2A	18,75 a 37,5 mg cada mañana o dos veces al día	75 a 150 mg dos veces al día	Los síntomas gastrointestinales (p. ej., náuseas)	condiciones dolorosas como la neuropatía diabética.
DESVENLAFAXI NA GR: B NE:2B	50 mg cada mañana	50 mg cada mañana		

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ACT)

NORTRIPTILIN A GR: A NE:1 B	10 mg cada noche	10 a 100 mg todas las noches o en dosis divididas	Se aplica a nortriptilina y desipramina: Puede ser mal tolerado por adultos mayores y con enfermedades médicas debido a los efectos anticolinérgicos que incluyen sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria o	Ligeramente sedante. Tomado a la hora de acostarse para pacientes deprimidos con insomnio. Puede ser útil para pacientes melancólicos, ansiosos y deprimidos que no han respondido a los antidepresivos de primera y segunda línea.
DESIPRAMINA GR: A NE:1B	10 mg cada mañana	25 a 150 mg todas las mañanas o en 2 tomas	visión alterada (p. ej., evitar en enfermedades prostáticas o glaucoma de ángulo estrecho). Potencialmente cardiotóxico, puede provocar arritmia.	Concentración sérica terapéutica establecida de 125 a 300 mg/mL.

ANTIDEPRESIVO NORADRENÉRGICO Y SEROTONÉRGICO ESPECÍFICO

MIRTAZAPINA GR: A NE: 1B	15 a 45 mg 1 vez al día antes de dormir	45 mg al días	Contraindicada en el primer trimestre del embarazo, durante la lactación. Descontinuar de inmediato si se presentan signos de neutropenia. Puede aumentar el apetito y el peso corporal	Incrementa ciertos tipos de actividad en el cerebro para mantener el equilibrio mental
---	---	---------------	---	--

GR: Grado de Recomendación

NE: Nivel de Evidencia

Elaborado por el autor y modificado de UpToDate

7.2. Psicoterapia.

Para poder establecer una terapia cognitiva en una persona geriátrica es muy importante también educar a la familia o personas cercanas que convivan con ellos, de tal manera que el apoyo familiar viene a ser un pilar fundamental para el manejo terapéutico. Al nosotros manejar a la población geriátrica mediante la psicoterapia estamos propiciando mayor seguridad y fuerza de confianza en los pacientes tras establecer un diálogo permanente entre el terapeuta y el paciente. Es importante dar a conocer a sus familiares sobre algunos signos de suicidio que puede presentar un paciente gravemente deprimido (15)

CONCLUSIONES

1. A través del análisis de diversas fuentes y datos recopilados, se logró identificar 36 estudios por lo que decimos que existe una gran diversidad de estudios estadísticamente significativos que abordan el tema, que incluyen revistas como Scielo, Redalyc, Scopus, Web of Science, PubMed las cuales nos ayudan a abordar el tema con más exactitud investigativa.
2. Al clasificar los datos recopilados, se identificó múltiples causas que están vinculadas a la aparición de depresión en la población geriátrica, dividiéndoles en factores tanto sociales, biológicos y psicológicos, conociendo que los factores sociales hacen referencia a la pobreza, falta de apoyo familiar, analfabetismo, aislamiento, malnutrición, e incapacidad para realizar actividades, los factores biológicos a enfermedades neurológicas, enfermedades crónicas, dolor crónico, intervenciones quirúrgicas, síndrome de fragilidad, hipoacusia, hemodiálisis, covid-19, y los factores psicológicos como la soledad, el ser viudos, la drogodependencia y el sexo femenino
3. Al relacionar los resultados obtenidos, se determinó la influencia significativa de ciertos factores en la población geriátrica en relación con la depresión. Conociendo que los factores sociales tienen mayor prevalencia de contribuir a depresión en pacientes geriátricos con un 40% de la población, específicamente la falta de apoyo familiar y el analfabetismo, seguido de los factores biológicos con un 37,14% de la población, como las enfermedades de tipo crónico y neurológicas, y por último los factores psicológicos con un 22,86% de la población mostrando como factores la soledad y el estado civil de viudez. Este análisis contribuye a la comprensión más profunda de la dinámica de la enfermedad en este grupo demográfico y puede servir como base para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

DISCUSION

En una investigación se descubrió que alrededor del 15% de individuos con edades de 60 años o más experimentan algún tipo de problema de salud mental. Dentro de la comunidad, se ha observado que la incidencia de la depresión en personas mayores se sitúa en un rango del 1% al 3%. La depresión en los ancianos representa un desafío común para la salud, y está relacionada con la presencia de otras condiciones médicas y un mayor riesgo de fallecimiento (39). En un análisis también se encontró que la depresión leve guarda vínculos con factores como la edad, el sexo, la salud nutricional y la historia médica tanto personal como familiar (40).

Por otra parte, el hipotiroidismo en personas mayores puede exacerbar o acelerar el declive cognitivo, lo que constituye un problema mental que podría dar lugar a la aparición de trastornos depresivos. Esto se debe al deterioro gradual de la función mental en conjunto con las múltiples afecciones con las que los adultos mayores suelen lidiar debido al proceso natural de envejecimiento, lo que puede dificultar su capacidad para llevar a cabo sus actividades diarias de manera normal (41).

Los hallazgos de un análisis exhaustivo realizado a 8 artículos científicos indican que la diabetes, el género femenino y la edad mayor a 65 años inciden en la depresión de los adultos mayores (42). Cabe señalar que esta información concuerda con el resumen de la tabla presentada anteriormente.

A su vez, la existencia de depresión está relacionada con un incremento en la probabilidad de experimentar un declive en la capacidad funcional y un mayor uso de servicios médicos. En la población de personas mayores, la depresión a menudo se presenta de manera inusual y puede pasar inadvertida durante una evaluación convencional, o bien, ser confundida con un deterioro cognitivo (43).

El dolor crónico es un problema muy común entre la población de edad avanzada y tiene un impacto significativo en la salud general, la capacidad funcional en la vida diaria y la calidad de vida. Casi siempre contribuye a la aparición y el empeoramiento de problemas adicionales como trastornos del sueño, afecciones musculoesqueléticas, limitación en la movilidad, caídas, desnutrición, deterioro cognitivo, depresión y otros trastornos mentales, así como el uso excesivo de múltiples medicamentos (44).

Cabe recalcar la importancia de los factores en la vida de los adultos mayores, que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, y cómo estos pueden influir en su comportamiento y en la prevalencia de la depresión. Se mencionan varios factores de riesgo para la depresión en personas mayores, como el duelo, el insomnio, antecedentes previos de depresión, discapacidad y género femenino. Además, se discuten los cambios biológicos relacionados con el envejecimiento, los desafíos psicológicos como la soledad y la pérdida de autoestima, y los factores sociales, como la pérdida de seres queridos y problemas en las relaciones familiares, que pueden contribuir a la depresión en los ancianos (45).

Por otra parte, en las personas mayores, existen diversos problemas relacionados con el sueño. Estos problemas pueden tener consecuencias que abarcan desde la restricción en la realización de actividades cotidianas hasta la disminución de la capacidad funcional y la calidad de vida. También se ha observado un aumento en la mortalidad y la morbilidad, especialmente en el ámbito psiquiátrico, además de que estos trastornos pueden agravar las condiciones médicas crónicas preexistentes (46).

Otro punto es la anorexia y la pérdida de peso que son síntomas frecuentes en personas mayores y pueden tener consecuencias graves para su salud y función. Las causas comunes incluyen enfermedades oncológicas, trastornos gastrointestinales benignos, problemas psiquiátricos y enfermedades neurocognitivas, pero también existen otros factores geriátricos que aumentan el riesgo y deben ser investigados. La "regla de las 9D" proporciona una guía rápida para evaluar estos factores: *drugs* (fármacos), *depression* (depresión), *dementia* (demencia), *dysphagia* (disfagia), *disgeusia* (disgeusia), *dentition* (dentición), *dysfunction* (discapacidades funcionales), *disease* (enfermedades agudas o crónicas), *diarrhea* (diarrea). El diagnóstico requiere una evaluación física detallada y, en algunos casos, pruebas adicionales. El tratamiento implica abordar la causa subyacente y proporcionar apoyo nutricional adecuado, junto con una evaluación geriátrica integral para identificar todos los factores contribuyentes y ofrecer un enfoque de apoyo multidisciplinario (47).

De la misma forma el estigma puede dificultar el acceso a los servicios de salud mental y tener un impacto negativo en aspectos como seguir el tratamiento, la severidad de los síntomas y el riesgo de suicidio (49).

La soledad a su vez ejerce un impacto en el desarrollo de la depresión en las personas de edad avanzada (50). También en 155 estudios analizados, se ha observado que el aislamiento social causado por la pandemia del virus SARS-Cov-2 ha tenido un efecto negativo en la salud de las personas mayores y ha contribuido a la discriminación hacia este grupo (48). En términos de

impacto en la salud mental, se ha registrado un aumento en los niveles de estrés, ansiedad, sensación de soledad, trastornos del sueño, depresión e incluso se han documentado casos de suicidio. De manera específica, se ha observado que los pacientes con enfermedades neurodegenerativas son más susceptibles debido a sus condiciones físicas y mentales preexistentes. Además, el aumento en el sedentarismo y la adopción de hábitos perjudiciales han incrementado los factores de riesgo para desarrollar comorbilidades (51). En consecuencia un análisis de 9 artículos demostró que la salud mental de las personas mayores sufrió repercusiones como resultado de la pandemia (52).

En una revisión se identificó que las benzodiacepinas son empleadas en el manejo de la ansiedad y la depresión, trastornos que son frecuentes en pacientes que padecen insuficiencia cardíaca aguda (53).

El tratamiento de la depresión con medicamentos se centra principalmente en los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN). En situaciones particulares, como la depresión catatónica, psicótica o resistente a otros tratamientos, la terapia electroconvulsiva todavía se considera una opción terapéutica válida. Además, la psicoterapia también se presenta como una alternativa efectiva. En el caso de la depresión en personas mayores, es importante reconocerla como una afección tratable, ya que un tratamiento exitoso puede mejorar significativamente las funciones y la vida de los adultos mayores (54).

El enfoque típico de tratamiento suele incluir terapia psicológica, intervenciones de apoyo psicosocial, medicamentos antidepresivos y terapia electroconvulsiva (55).

Igualmente la noción de calma puede servir como una herramienta para promover el bienestar mental y emocional en las personas mayores con afecciones crónicas, facilitando la aceptación y el manejo de su estado de salud (56). Para conseguir el bienestar integral se debe abarcar la salud mental, donde destacan de manera significativa los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad (57).

RECOMENDACIONES Y ALTERNATIVAS.

Es importante el conocimiento de los factores de riesgo de depresión para poder enfrentar el problema de manera más eficaz, así pues, al momento del estudio el médico que sospecha un trastorno depresivo debe realizar una anamnesis de los síntomas y el curso longitudinal de la enfermedad.

Se deben realizar preguntas específicas sobre los síntomas estándar de los diferentes trastornos del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar, etc. Dado que la depresión o la pérdida de interés o felicidad son necesarias, estos síntomas deben adquirirse primero. Asimismo, se deben realizar y documentar los resultados del examen del estado mental, incluyendo si el paciente tiene ideas/intenciones suicidas; está orientado, alerta, cooperativo y comunicativo; si muestra niveles dentro de parámetros normales en cuanto a la actividad motora; y si tiene una característica de enfermedad mental.

Si es posible, se recomienda detectar la ideación suicida en atención primaria durante el contacto inicial con pacientes mayores.

La comunidad, los gobiernos y las instituciones internacionales deben tomar acciones para contrarrestar los factores de riesgo modificables y poner en práctica políticas sociales y de salud con el fin de brindar una mejor calidad de vida de las personas adultas mayores.

Se recomienda no confundir el término de depresión con los sentimientos de tristeza que suelen acompañar a experiencias vitales específicas, especialmente las más comunes como son pérdidas o decepciones. Los trastornos del estado de ánimo conllevan a cambios en el estado de ánimo, la cognición, el comportamiento y la regulación somática. La depresión clínica o trastorno del estado de ánimo es un síndrome que no es una respuesta normal a las dificultades de la vida. Un estado de ánimo triste o deprimido es sólo uno de los muchos signos y síntomas de la depresión clínica. De hecho, además de o en lugar de tristeza, los trastornos del estado de ánimo pueden incluir apatía, ansiedad o irritabilidad; además, el interés o la capacidad del paciente para obtener placer o disfrute pueden verse significativamente reducidos. No todas las personas que están clínicamente deprimidas están tristes y muchas personas que están tristes tampoco lo están clínicamente.

El aislamiento social es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar enfermedades graves. Puede además influir de manera

negativa en el estado de salud y la calidad de vida es así que se reporta en países como Irán que reportaron 90% de depresión en adultos mayores asilados. En China se encontró una prevalencia de 36,94% en ancianos abandonados de zonas rurales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Laines Félix GA, González Javier F del P, Magaña Pérez R. Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco: Factors associated with depression in older adults in the urban area of Tabasco. *Multidiscip Health Res* [Internet]. 26 de diciembre de 2020 [citado 29 de noviembre de 2021];5(1). Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/4417>
2. Ministerios de Sanidad servicios sociales e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2018; 4:264.
3. Araya JC. DEPRESIÓN: UNA ENFERMEDAD COMÚN EN EL ADULTO MAYOR. :3.
4. Lima KGM. “TIPOS DE DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD” (ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN DEL ADULTO MAYOR DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE QUETZALTENANGO). 2019;103.
5. Hernández-Chávez L, Muñiz-Quintero NR, Gutiérrez-Leyva MM, Hernández JR, Chan-Zavala M de J, Cetina-Ceh FP. ARTÍCULO ORIGINAL ORIGINAL ARTICLE. *Salud Ment.* 2019;(35):5.
6. Jiménez MA, Sánchez NG, Sáiz RE. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. :7.
7. Ordoñez A. Factores de influyen en la depresion en los adultos mayores que acuden a los centros gerontologicos de la parroquia de Vilvabamba y Melacatos [Internet]. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2019. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19621/1/Factores%20que%20influyen%20en%20la%20depresi%C3%B3n%20en%20los%20adultos%20mayores%20que%20acuden%20a%20los%20centros%20gerontol%C3%B3gicos%20de.pdf>
8. Ramirez V, Bedoya L, Correa E. RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN LA RED DE ASISTENCIA SOCIAL AL ADULTO MAYOR. MEDELLÍN. [Internet]. [Medellin-Colombia]: Universidad CES; 2019. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1746/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayor.es.pdf;jsessionid=54BCCC90CBA9A193A6A6E1BDB9348EC0?sequence=2
9. Sotelo A, Rojas S. La depresion en el adulto mayor: una perspectiva clinica y epidemiologica desde el primer nivel de atención. *Redalyc.* 2019; 14:10.
10. Molés Julio MP, Esteve Clavero A, Lucas Miralles MV, Folch Ayora A. Factors associated with depression in older adults over the age of 75 living in an urban area. *Enferm Glob.* 5 de junio de 2019;18(3):58-82.
11. Suarez JCS, Zavala JKL, Oñate MAR. Comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus tipo II: causas, consecuencias y prevalencia en adultos mayores. *MQRInvestigar.* 26 de enero de 2023;7(1):995-1027.

12. Baldeón-Martínez P, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Correa-López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Rev Fac Med Humana*. octubre de 2019;19(4):47-52.
13. López MJJ, Cedeño JKF, Arguello NAM, Urrea HER. Incidencia de los Factores de Riesgos Psicosociales por Covid-19, en Pacientes Adultos Mayores. *Rev HAGP*. 24 de mayo de 2023;1(junio):15-15.
14. Merino M, Morillo N, Sanchez A, Gómez V, Crespo R. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/ depresión en pacientes en hemodiálisis crónica [Internet]. 2019 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n3/2255-3517-enefro-22-03-274.pdf>
15. Espinosa E H, Abril-Ulloa V, Encalada T L, Espinosa E H, Abril-Ulloa V, Encalada T L. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en adultos mayores del cantón Gualaceo, Ecuador. *Rev Chil Nutr*. diciembre de 2019;46(6):675-82.
16. Villalobos Robertson PJ. Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes adultos mayores del servicio de consulta externa del Hospital Militar Geriátrico durante la pandemia por Covid-19. 2023 [citado 7 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/3023>
17. Pecart Huamán J. Factores de riesgo que se encuentran asociados a depresión en el adulto mayor en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo. Univ Peru Los Andes [Internet]. 2019 [citado 7 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1125>
18. Vidal J, Leyva A, Cruz D. Depresión e ideas suicidas en ancianos en un Grupo Básico de Trabajo. Enero-abril 2021 [Internet]. 2021 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://gramgi2021.sld.cu/index.php/gramgi/2021/paper/viewFile/40/23>
19. Lliguisupa Peláez V, Álvarez Ochoa R, Bermejo Cayamcela D, Ulloa Castro A, Estrada Cherres J. Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. 2020 [citado 7 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8352>
20. Jacobo Gómez OA. El dolor crónico y su asociación con depresión en pacientes geriátricos en UMF 67, Ciudad Juárez, Chihuahua. febrero de 2022 [citado 7 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://erecursos.uacj.mx/handle/20.500.11961/6110>
21. Varela-Montes J, García-Guzmán C, Cobos-Aguilar H, Varela-Montes J, García-Guzmán C, Cobos-Aguilar H. Depresión en el adulto mayor intervenido quirúrgicamente. *Cir Cir*. diciembre de 2020;88(6):721-5.
22. Chuquipoma-Quispe LI, Lama-Valdivia JE, De la Cruz-Vargas JA. Factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores que acuden a consulta externa de Geriátrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-Perú. *Acta Médica Peru*. octubre de 2019;36(4):67-273.
23. Apaza Alarcón CE. Factores relacionados al grado de depresión en pacientes geriátricos atendidos en el Centro de Salud Delicias de Villa, 2022. 27 de abril de 2023 [citado 7 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4662>

24. Arruda de Farias R. Características sociodemográficas asociadas a depresión en los adultos mayores atendidos en el centro de salud 09 de octubre en el periodo noviembre - diciembre del 2019. Univ Nac Ucayali [Internet]. 2021 [citado 7 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/4767>
25. Acosta C, Balarezo M, Calderon A, Escobar C. Hipoacusia súbita asociada a depresión: síntoma inusual en adultos mayores infectados por Sars-CoV-2 [Internet]. 2022 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://iaes.edu.ve/iaespro/ojs/index.php/bmsa/article/viewFile/631/853>
26. Morquecho YD, Rodrigues JVM, Mamani BHC, Fernández MMPC, Mollinedo EC. Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria asociadas a depresión en el paciente geriátrico. *anuario 2020*. 3 de agosto de 2020;1(1):14-8.
27. Molina Linares II, Mora Marcial GR, Carvajal Herrera A, Marrero Salazar M, García Triana G, Molina Linares II, et al. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. *Medicentro Electrónica*. marzo de 2020;24(1):54-67.
28. Pintado AMD, Tinoco JES, Relica LGR. La disfunción familiar como factor predisponente de depresión en el adulto mayor. *Polo Conoc*. 5 de agosto de 2023;8(8):1013-27.
29. Sureims CF, Omara Margarita GO, Virgen CS, Ada María de AF. Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. En: *cibamanz2021* [Internet]. 2021 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/139>
30. García-Calderón Díaz MN, Ramos García MI. Síndrome fronto-subcortical: cuando la red falla, a propósito de un caso. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de septiembre de 2023;58(5):101379.
31. Monjes et al. Propuesta de Estrategia Educativa para la depresión en el adulto mayor. Policlínico Manuel Díaz Legrá. Holguín. 2022 [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://apsgibara2023.sld.cu/index.php/aps23/Gibara2023/paper/viewFile/65/43>
32. Morales K, Valdivieso I. Influencia de la depresión en el deterioro cognitivo en los Adultos mayores del centro gerontológico Guillermina Llor De Moreno [Internet]. 2021 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://www.doi.revistamqr.com/V5_1_ART_14.pdf
33. Rivarola Sosa A, Brizuela M, Rolón-Ruiz Díaz A, Rivarola Sosa A, Brizuela M, Rolón-Ruiz Díaz A. Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las Unidades de Salud, Encarnación, Paraguay 2018. *Rev Salud Publica Parag*. diciembre de 2019;9(2):9-15.
34. Martínez Chacón T, García Álvarez PJ, Martínez Chacón T, García Álvarez PJ. Depresión en ancianos graves con neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Médica Electrónica*. diciembre de 2020;42(6):2530-9.
35. Naranjo-Hernández Y, Mayor-Walton S, Rivera-García O de la, González-Bernal R, Naranjo-Hernández Y, Mayor-Walton S, et al. Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Rev Inf Científica* [Internet]. abril de 2021 [citado 7

de septiembre de 2023];100(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332021000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

36. Rodríguez-Vargas M, Rojas-Pupo LL, Pérez-Solís D, Marrero-Pérez Y, Gallardo-Morales I, Durán-Cordovés L, et al. Funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión. *Rev Arch Méd Camagüey* [Internet]. octubre de 2021 [citado 7 de septiembre de 2023];25(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552021000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

37. Fonte Sevillano T, Santos Hedman DJ, Fonte Sevillano T, Santos Hedman DJ. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Rev Cuba Med* [Internet]. marzo de 2020 [citado 7 de septiembre de 2023];59(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232020000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

38. Jiménez-Puig E, Fernández-Fleites Z, Broche-Pérez Y, León-Ramos JC, Rodríguez-Carvajal G, Rodríguez-Martín R, et al. Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. *Rev Noved En Poblac.* junio de 2021;17(33):223-44.

39. Allán Gualavisí VI. Factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor. [Internet] [masterThesis]. Quito: UCE; 2022 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/26876>

40. Girao Gutierrez PA. Factores biopsicosociales asociados a depresión en los adultos mayores del centro de salud mental comunitario San Juan de Lurigancho, 2021. *Repos Inst-Wien* [Internet]. 27 de febrero de 2022 [citado 7 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6092>

41. Saquinaula MDS, Guerrero JJG, Orta PRA, Martínez RCG. Hipotiroidismo subclínico y depresión en el adulto mayor. *RECIMUNDO.* 31 de julio de 2023;7(2):356-64.

42. Salinero M, Gómez P. La depresión en la diabetes tipo 2 [Internet]. 2023 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/8.-Psicologi%CC%81a-66.pdf>

43. Casas A, Baztán J. Evidencia de la intervención geriátrica en pacientes hospitalizados con enfermedad/discapacidad aguda de origen médico: Unidades Geriátricas de Agudos. [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalvirgendelmar.es/pdf/atencion-sanitaria-persona-mayor-sxxi.pdf#page=68>

44. Medina et al. Abordaje clínico del dolor crónico en el paciente geriátrico [Internet]. 2021 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969711015/55969711015.pdf>

45. Camara Yoshimoto CE. Prevalencia de la depresión y factores psicobiosociales asociados en pacientes adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Hipólito Unanue - Enero 2019 a Abril 2019. *Univ Ricardo Palma* [Internet]. 2022 [citado 7 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6192>

46. Pérez IC, García MG, García OG, Cueto TC. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *MediSur*. 2020;18(1):112-25.
47. Mathieu M, Berrut G. Anorexia. Pérdida de peso. *EMC - Tratado Med*. 1 de noviembre de 2021;25(4):1-6.
48. González Sánchez AB, Labarta Monzón JL. La disfagia y su tratamiento en ancianos [Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2020. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/97917>
49. Aguilar-Benages C, Córcoles-Cebrián D, Lucas-Miralles MV, Almela-Manuel P, Heredia-Nebot S, Fontestad-Gómez JM, et al. El estigma asociado a los trastornos mentales en el paciente geriátrico: una revisión integradora. *Gerokomos*. 2022;33(3):175-9.
50. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD, Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*. 2021;32(1):22-5.
51. Granda-Oblitas A, Quiroz-Gil GX, Runzer-Colmenares FM, Granda-Oblitas A, Quiroz-Gil GX, Runzer-Colmenares FM. Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura. *Acta Médica Peru*. octubre de 2021;38(4):305-12.
52. Segura SLN, Orenday MMN, Moreno AAS, González M de JJ, Oñate JGM, Banenelli RL, et al. Efectos psicológicos y económicos en el adulto mayor debido al aislamiento social causado por la pandemia de covid-19. *JÓVENES EN Cienc* [Internet]. 7 de septiembre de 2021 [citado 7 de septiembre de 2023];10. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3284>
53. Cuenca BXP, Cuenca REP, Rivadeneira RAM, García CKM. Las benzodiacepinas en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. *RECIAMUC*. 18 de agosto de 2023;7(2):898-906.
54. Vidaurreta IF. Depresión en la tercera edad. Una patología tratable. *MPG J* [Internet]. 25 de enero de 2022 [citado 7 de septiembre de 2023];4(53). Disponible en: <https://mpgjournal.mpg.es/index.php/journal/article/view/608>
55. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. *Med Fam SEMERGEN*. 1 de marzo de 2021;47(2):114-21.
56. Papiol Espinosa G, Norell Pejner M, Abades Porcel M, Papiol Espinosa G, Norell Pejner M, Abades Porcel M. Análisis del concepto de serenidad en relación con el apoyo psicológico y emocional del paciente crónico. *Gerokomos*. 2020;31(2):86-91.
57. Morales S, Chavarro D. Una visión holística de la depresión en adultos mayores colombianos [Internet]. 2020 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2310/231074797016/231074797016.pdf>



Adrián Michael Lozado Munzón portador de la cédula de ciudadanía N° **0302399019**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Causas asociadas a depresión en pacientes geriátricos. Revisión sistemática”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 10 de noviembre de 2023

F:

Adrián Michael Lozado Munzón

C.I. 0302399019