

Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú

Depression and attempted suicide in the elderly patients hospitalized in the psychiatric department of hospital in Lima - Peru

Milagros del Carmen Pozo Cerna¹

RESUMEN

Objetivos. Establecer la relación entre depresión e intento de suicidio en pacientes de la tercera edad en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud de Junio 2008 a Junio 2014. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal; los datos se obtuvieron de las historias clínicas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y obtuvo la prueba del chi cuadrado con significancia $p < 0.05$ para establecer posibles asociaciones entre variables cualitativas. **Resultados.** Se evaluaron 22 pacientes con edad media de 68.05 ± 4.65 años; 54.5% eran del sexo femenino; 50% vivían con los hijos. El 59.1% tenían depresión en grado moderado. El 90.9% tuvo al menos un intento de suicidio y 77.3% por dejarse morir. La asociación estadística entre depresión e intento de suicidio fue $p = 0.000$, método empleado para intento de suicidio $p = 0.000$, estado civil $p = 0.013$, nivel socio-económico $p = 0.016$, grado de depresión $p = 0.028$ y familiar con el que vive $p = 0.042$. No se encontró asociación con grupos étnicos, sexo, grado de instrucción, ni actividad laboral, ($p > 0.05$). **Conclusiones.** Se encontró asociación estadística significativa entre depresión de grado moderado-severo e intento de suicidio en la tercera edad, así como también con el método empleado para intento de suicidio, estado civil, nivel socio-económico y familiar con el que vive.

Palabras Claves: Depresión; Intento de suicidio; Tercera edad.

ABSTRACT

Objectives. To establish the relationship between depression and attempted suicide in elderly patients in the Psychiatry Department of the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud from June 2008 to June 2014. **Materials and methods.** An observational, descriptive and cross-sectional study; data were obtained from medical records. A descriptive statistical analysis was performed and obtained the chi square test with significance $p < 0.05$ to establish possible associations between qualitative variables. **Results.** 22 patients were evaluated with a mean age of 68.05 ± 4.65 years; 54.5% were female; 50% lived with their children. 59.1% had moderate depression. 90.9% had at least one suicide attempt and 77.3% to let it die. The statistical association between depression and suicide attempt was $p = 0.000$, familiar method used to attempt suicide $p = 0.000$, $p = 0.013$ marital status, socio-economic level $p = 0.016$, $p =$ degree of depression 0.028 and the living $p = 0.042$. No association with age group, gender, level of education or employment activity was found. ($P > 0.05$). **Conclusions.** significant statistical association between moderate to severe depression and attempted suicide in the elderly grade, as well as the method used to attempt, marital status, socio-economic and family level with living suicide was found.

Key words: Depression; Attempted suicide; The elderly.

1. Médica cirujana egresada de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos más comunes que actualmente afecta a la población de todas las edades, pero en los pacientes de la tercera edad puede confundirse como parte del envejecimiento y pasar inadvertida para el equipo médico y la familia hasta que llega al intento de suicidio.^{1,2}

La depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanzas profundos, que lleva a aquellos pacientes que la padecen a tener menor capacidad de adaptación para el estrés y por tanto, presentan mayor riesgo de conducta suicida.^{1,3} En el Estudio epidemiológico metropolitano de Salud Mental en Lima (2002), el 12.2% de adultos mayores presentó consideraciones o pensamientos suicidas en el último año, mientras que el 0.3% presentó algún intento suicida.⁴

La depresión y el intento de suicidio, en cualquiera de sus fases, son caras de una misma moneda ya que muchas veces una viene precedida de la otra, y más en la tercera edad, grupo poblacional que en las últimas décadas experimenta un gran crecimiento con elevación de la calidad y tiempo de vida de la población de la tercera edad, por lo que es necesario conocer los factores de riesgo que pueden ser potencialmente modificables, para de este modo, poder establecer las medidas preventivas necesarias.⁵

En nuestro medio, existen pocos estudios de depresión en la tercera edad, por lo que se realizó un estudio con el objetivo de establecer la relación entre depresión e intento de suicidio en pacientes de la tercera edad hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI)- EsSalud durante el periodo Junio 2008 a Junio 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de diseño observacional, retrospectivo y transversal en 22 pacientes de la tercera edad hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría adultos del HNGAI- EsSalud entre junio 2008 a junio 2014 con depresión (CIE10: F.32) o trastorno mixto de ansiedad y depresión (CIE10: F41.2). Ocho casos no fueron considerados porque no se encontraron las historias clínicas.

Los criterios de inclusión fueron: tener más de 65 años, cualquier sexo y tener mínimo nivel educativo de secundaria completa y/o profesional o técnico, jubilado o cesante. Y fueron excluidos los que presentaron diagnóstico previo de otra patología psiquiátrica (bipolaridad, esquizofrenia).

La técnica de recolección de datos fue la revisión de historias clínicas y como instrumento de investigación una ficha de recolección de datos que consignaba datos epidemiológicos y factores asociados a depresión en el adulto mayor.

Como métodos para control de calidad en la recolección de datos, se evitaron los sesgos de selección y recolección de datos porque la misma autora del estudio fue la que identificó los casos y revisó las historias clínicas.

Se mantuvo en reserva la identidad de los pacientes estudiados y no fue necesario el consentimiento informado por ser estudio en historias clínicas.

Se realizó un análisis descriptivo en el programa estadístico SPSS.21 mediante la presentación de tablas con distribución porcentual y medidas de tendencia central (media y desviación estándar). Se elaboraron gráficos de barras y pastel en el programa Microsoft Excel 2010. Y se utilizó la prueba del chi cuadrado con nivel de significancia estadística $p < 0.05$ para demostrar asociaciones entre variables categóricas.

RESULTADOS

Se evaluaron 22 pacientes con depresión que fueron hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría adultos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo de estudio (Junio 2008-Junio 2014) cuya edad media fue 68.05 ± 4.65 años. Los grupos etáreos presentaron similar distribución y todos los pacientes tuvieron edades en el rango de 62-76 años; el 54.5% fueron del sexo femenino; el 90.0% eran de estado civil viudo y el 86.4% tenían instrucción superior. (Tabla 1)

Las características socio-económicas de los pacientes con depresión que fueron hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del HNGAI fueron: el 50.0% viven con los hijos y 22.7% viven solos; el 59.1% eran jubilados y 59.1% pertenecían al nivel socio-económico D y 31.8% al nivel C. (Tabla 2)

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por depresión en el Servicio de Psiquiatría del HNGAI

	Nº	%	% acumulado
Grupos etéreos			
61-65 años	7	31.8	31.8
66-70 años	7	31.8	63.6
71-75 años	7	31.8	95.4
76-80 años	1	4.6	100.0
Sexo			
Femenino	12	54.5	54.5
Masculino	10	45.5	100.0
Estado civil			
Soltero	4	18.2	18.2
Casado	12	54.5	72.7
Viudo	4	18.2	90.0
Divorciado	2	9.1	100.0
Grado de instrucción			
Secundaria incompleta	6	27.3	27.3
Secundaria completa	5	22.7	50.0
Superior	8	36.4	86.4
Técnico	3	13.6	100.0
Total	22	100.0	

Fuente: Historias clínicas del archivo del HNGAI.

Tabla 2. Características socioeconómicas de los pacientes hospitalizados por depresión en el Servicio de Psiquiatría del HNGAI

	Nº	%	% acumulado
Con quién vive?			
Hijos	11	50.0	68.2
Sólo(a)	5	22.7	90.9
Esposa(o), pareja, conviviente	4	18.2	18.2
Hermanos	2	9.1	100.0
Actividad laboral			
Jubilado	13	59.1	59.1
Cesante	9	40.9	100.0
Nivel socio-económico			
C	7	31.8	31.8
D	13	59.1	90.0
E	2	9.1	100.0
Total	22	100.0	

Fuente: Historias clínicas del Archivo del HNGAI.

El 59.1% de los pacientes con depresión tenían un grado moderado de depresión y un 27.3% grado severo. Se encontró que un 4.5% tenía ansiedad, 31.8% con ideación suicida, riesgo de autoagresión 31.8% y riesgo suicida 18.2%. El 90.9% tuvo al menos un intento de suicidio, en tres casos hasta dos intentos de suicidio. El 77.3% de los casos evaluados usaron como método para intento de suicidio el dejarse morir y 9.1% con intoxicación medicamentosa. (Tabla 3)

Tabla 3. Depresión e intento de suicidio en los pacientes hospitalizados en el HNGAI, Junio 2008-Junio 2014

	Nº	%	% acumulado
Grado de depresión			
Leve	3	13.6	13.6
Moderado	13	59.1	72.7
Severo	6	27.3	100.0
Otros diagnósticos			
Ansiedad	1	4.5	4.5
Ideación suicida estructurada	2	9.1	13.6
Ideación suicida no estructurada	1	4.5	18.2
Ideación suicida	7	31.8	50.0
Riesgo de autoagresión	7	31.8	81.8
Riesgo suicida	4	18.2	100.0
Intento de suicidio			
Si	20	90.9	90.9
No	2	9.1	100.0
Método empleado para intento de suicidio (primer intento)			
Dejarse morir	17	77.3	100.0
Intoxicación medicamentosa	2	9.1	13.6
Precipitación	1	4.5	18.2
Arma blanca	1	4.5	22.7
Total	22	100.0	
Segundo intento suicida			
Ahorcamiento	1	33.3	33.3
Intoxicación medicamentosa	1	33.3	66.6
Arma blanca	1	33.3	100.0
Total	3	100.0	

Fuente: Historias clínicas del Archivo del HNGAI.

Se realizó el análisis inferencial y se determinó que la depresión se asocia con el intento de suicidio ($p=0.000$), método empleado para intento de suicidio (primer intento) ($p=0.000$), estado civil ($p=0.013$), nivel socio-económico ($p=0.016$), grado de depresión ($p=0.028$) y familiar con el que vive ($p=0.042$). No se encontró asociación con grupos etéreos, sexo, grado de instrucción ni actividad laboral. ($p>0.05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Asociación entre depresión con intento de suicidio y otros factores evaluados en los pacientes hospitalizados por depresión en el Servicio de Psiquiatría del HNGAI, Junio 2008-Junio 2014

Factor evaluado	Chi cuadrado	Nivel de significancia p
Intento de suicidio	14.727	0.000
Método empleado para intento de suicidio (primer intento)	45.273	0.000
Estado civil	10.727	0.013
Nivel socio-económico	8.273	0.016
Grado de depresión	7.182	0.028
Con quién vive?	8.182	0.042
Grupos étnicos	4.909	0.179
Sexo	0.182	0.670
Grado de instrucción	2.364	0.500
Actividad laboral	0.727	0.394

Fuente: Historias clínicas del Archivo del HNGAI.

DISCUSIÓN

La depresión en la tercera edad según los datos estadísticos internacionales y nacionales está en aumento, y una de las razones sería porque el promedio de la expectativa de vida a nivel mundial se ha incrementado por encima de los 80 años según el informe de la OMS del 2012, siendo para el Japón el promedio de 84 años (es mayor en la mujer que llega hasta 87 años), superior a los 80 años para los países industrializados y con una mejora sustancial en el Perú que de 56 años en 1976 ahora fue de 79 años; y además, los cambios demográficos como el hecho que en nuestro país, la pirámide poblacional se está modificando, y en algunas décadas más se constituirá en el grupo etáreo con mayor proporción, situación alarmante ya que el sistema sanitario nacional no tiene la infraestructura ni los recursos humanos para atender esta creciente demanda de la salud mental y menos se está preparado para la atención de los pacientes de la tercera edad y sus distintas comorbilidades. Esto se verá además agravado por el hecho de que, en las últimas décadas, los países subdesarrollados han incrementado considerablemente el número de individuos de la tercera edad que actualmente es el 8% de la población general, observándose que estas cifras tienden a aumentar.⁶ Con el ritmo de crecimiento poblacional del país que se venía incrementando desde hace una década, ya que se calculaba que para fines del 2004 esta población

representaba el 7.5% y en el 2025, representará el 13.27%.⁷

La nomenclatura psiquiátrica mediante una delimitación sindromática de entidades bien definidas describe más de cien tipos que se suponen son distintos unos de otros. Esta abundancia puede confundir. Actualmente se hace mayor hincapié en saber si el síndrome depresivo está o no relacionado con otras entidades y si cumple o no ciertos requisitos, como síntomas, signos, gravedad y tiempo de solución. Los sistemas de clasificación de enfermedades como DSM-IV o su última versión DSM-V de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) y el CIE.10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han contribuido en identificar los tipos y grados de severidad de la depresión, pero a su vez, la hace más engorroso de clasificar para el clínico que no es de la especialidad Psiquiátrica, con lo que, su diagnóstico no es precisado e incluso ni sospechado en el paciente, lo que originan estadísticas incompletas de su verdadera magnitud en nuestro medio debido al subregistro existente. Se sabe que muchos de los pacientes de la tercera edad comunican a sus médicos tratantes del primer y segundo nivel de atención pero son subestimados y menos son referidos a los especialistas competentes para su diagnóstico y tratamiento, lo que, contribuye al empeoramiento del cuadro y la aparición de intentos de suicidio que pudieron haber sido prevenidos con una intervención oportuna.^{8,9} Pese a que existen importantes diferencias en las estimaciones de los múltiples trabajos realizados a nivel mundial sobre epidemiología de las alteraciones depresivas en la tercera edad, su prevalencia oscilaría entre 15-30% de casos en los que es posible distinguir la presencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante, sin que se cumplan los criterios diagnósticos DSM para el establecimiento de un trastorno depresivo. La prevalencia actual de trastornos depresivos en la tercera edad fue de 9.8% siendo para los varones 3.0% y las mujeres 10.2%; una prevalencia mayor que la hallada en los jóvenes (8.6%) y en adultos (6.6%).^{1,5,6}

Durante el periodo de estudio fueron hospitalizados 2700 pacientes de la tercera edad encontrándose 30 casos hospitalizados por depresión (representando una frecuencia de 11.1%) siendo una tasa inferior

a los estudios reportados por García (2008) en México con 13.2%,¹⁰ Colunga (2008) en México, reportan 63% con una proporción de 3 mujeres por cada hombre,¹¹ Martínez (2007) hallaron 50% de depresión en pacientes hospitalizados en Torreón-México.¹² En el Perú, no hay muchos datos, así en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002) la prevalencia de los trastornos depresivos en la población general fue de 19%, siendo para el sexo masculino un 14.5% y para el sexo femenino un 23.3%.⁴ Varela (2004) estudió la valoración integral del adulto mayor en 400 pacientes con más de 60 años internados en diversos hospitales a nivel nacional,¹³ encontró una prevalencia de la depresión establecida de 15.9% que se encuentra dentro del rango del estudio descrito por Guerra (2005)¹⁵ quien estudió la depresión en el Hospital Cayetano Heredia de Lima.

A la luz de la literatura médica, la frecuencia de depresión en el HNGAI es inferior a los estudios consultados de referencia, por lo que, probablemente nuestra serie no representa a la población general de nuestro país por tres razones: primero, por el tipo de población asegurada que hace uso del servicio de Psiquiatría; segundo, por el nivel de complejidad del HNGAI a donde llegan los casos más complicados y de manejo difícil, sabemos que la depresión mayor e intento de suicidio de los pacientes de la tercera edad no necesariamente llegan al HNGAI por ser tratados en las salas de emergencia de hospitales de menor nivel y dados de alta luego de resolver el cuadro del intento de suicidio, perdiéndose el seguimiento de los casos. Y finalmente, consideramos la principal razón, el subdiagnóstico de la depresión en estos pacientes, ya que, el primer lugar a donde acuden es al servicio de emergencia durante el periodo de descompensación aguda, tratados y de no haber mayores complicaciones dados de alta por los médicos cirujanos generales o médicos emergencistas o internistas sin haber sido evaluados adecuadamente y sin tener el diagnóstico psiquiátrico correspondiente.^{1, 3, 8, 13}

El propósito de morir en el anciano suele caracterizarse por su firme convicción y por la utilización de métodos eficaces para concretar sus intenciones. Es una conducta suicida activa,

no pocas veces reflexiva y premeditada. Por ello el porcentaje de suicidios intentados /suicidios consumados, es para el anciano de 2 a 1, mientras entre los adultos jóvenes es de 7 a 1.^{1, 3, 8}

La depresión en la población general se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino que el masculino (en razón de 4-6:1) como el descrito por Rodríguez y Orestes (2009),¹⁵ Villareal y Costatreda (2010)¹⁶ y según la OPS lo mismo sucede en la tercera edad aunque con una razón femenino/masculino de 2:1. La predominancia del sexo femenino en nuestra serie confirma estos datos. Pero, en nuestra serie, el sexo masculino se presentó en una proporción más alta de la esperada, y esto se explicaría por el hecho que el intento de suicidio decidido es más prevalente en el sexo masculino que el femenino. En la serie de Jiménez (2011) la depresión y suicidio predominó en el sexo masculino.¹⁷

La asociación depresión/ansiedad es frecuente en viejos-jóvenes (60 a 75 años), otros autores reportan que, a mayor edad (viejos-viejos, mayores de 75 años), esta díada es menor como señala Canto (2004),¹⁸ Rodríguez y Orestes (2009),¹⁵ Villareal y Costatreda (2010).¹⁶ Este dato fue confirmado por nuestro estudio ya que la depresión se presentó prácticamente en los viejos-jóvenes ya que un sólo caso tenía más de 75 años.

De igual forma, la condición de estado civil viudo es la más frecuentemente descrita por la literatura (Rodríguez y Orestes, 2009; Canto, 2004)^{15, 18} y en nuestra serie también fue similar. La mayoría de nuestros casos eran pacientes de la tercera edad que vivían con sus hijos similar a lo descrito por Rodríguez (2009)¹⁵ y Villareal (2010).¹⁶

Se demuestra lo descrito por la literatura, que los deprimidos de la tercera edad pertenecen mayormente a los niveles socio-económicos bajos, constituyéndose en un estigma para estas poblaciones.

La investigación demostró que la severidad de la depresión encontrada en nuestra serie fue predominantemente de grado moderado (59.1%) y el 27.3% fueron de grado severo. En el estudio de Rodríguez y Orestes (2009)¹⁵ la mayoría de su serie fueron depresión severa por trastorno

de sueño, angustias corporales, irritabilidad, quejas hipocondríacas, pérdida de peso, fatiga, alteraciones de la memoria y agitaciones. Otros autores internacionales como los de Villareal y Costatreda (2010),¹⁶ Jiménez (2011)¹⁷ y nacionales como Capuñay (1996),¹⁹ Guerra (2005)¹⁴ y Varela (2004)¹³ también reportan altas frecuencias de depresión moderada-severa.

El suicidio es una conducta compleja progresiva que se inicia con la ideación suicida, hecho que se encontró en el 31.8% de los casos estudiados, aunque por ser un estudio retrospectivo, probablemente no reflejen la realidad, dado que las historias clínicas no muestran que se haya profundizado en la ampliación de estos datos.

El 90.9% tuvo al menos un intento de suicidio, siendo la técnica de suicidio más usada por nuestra serie fue el dejarse morir en el 77.3% y por intoxicación medicamentosa el 9.1%. De esta manera, la prevalencia de la depresión en grado moderado-severo e intento de suicidio fue superior al promedio de 40% reportado en la población general y superior a la reportada por Guilbert y Trujillo (1999),²⁰ Rodríguez y Orestes (2009),¹⁵ Villareal y Costatreda (2010)¹⁶ y Rodríguez (2010),²¹ éste último en Puerto Rico señala en promedio el doble de riesgo de suicidio que la población más joven. Los ancianos son los que tienen mayores tasas de suicidio ya que ellos cuando consuman el suicidio lo hacen con medios más certeros. Aníaa (2003)²² encontró que de 445 ancianos, 9 fallecieron por suicidio representando un 2% del total de fallecimientos y una tasa de 204 suicidios por 100.000 personas/año. Este autor señala que la relación entre intento de suicidio y consumación de suicidios se encuentran cercana a 1:1, por lo que, se puede extrapolar que todo paciente de la tercera edad con ideación suicida es potencialmente un suicida, por lo que, amerita su tratamiento como medida preventiva. En la medida en que las personas de la tercera edad se constituyan en parte importante de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose, así, para el año 2030 sería el doble de las tasas actuales, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo en la tercera edad para atenuar en cierta medida dicha predicción.⁷

Todas estas características afirman la gravedad de la conducta suicida en este grupo de edad, que

casi siempre traduce una clara intencionalidad de morir y no, como en otros grupos, la intención de valerse de la categoría de la muerte para negociar con el entorno. Por ello, los intentos suicidas en los adultos mayores pueden considerarse suicidios frustrados y su perfil se parece notablemente al de los ancianos que consuman el suicidio en la misma medida en que se diferencia de los intentos que realizan las personas menores de 60 años.^{1, 6, 13, 18, 21} En contraposición a esta conducta suicida activa y categórica, el anciano, también con mayor frecuencia que otros grupos de edad, suele presentar “conductas suicidas encubiertas”, lentas y silenciosas, consistentes en el abandono progresivo, el rechazo de la alimentación y de toda medicación o tratamiento médico. Estas conductas de abandono suelen terminar en la muerte –suicidio pasivo- y dadas las circunstancias de soledad y aislamiento que las acompañan, pueden influir en cierta infraestimación de las muertes por suicidio en este grupo de edad.^{17, 20}

Al realizar el análisis inferencial de nuestra serie se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión e intento de suicidio ($p=0.000$), también con el método empleado para intento de suicidio (primer intento) ($p=0.000$), el estado civil ($p=0.013$), el nivel socio-económico ($p=0.016$), el grado de depresión ($p=0.028$) y el familiar con el que vive ($p=0.042$). Y no se encontró asociación con grupos étnicos, sexo, grado de instrucción ni actividad laboral ($p>0.05$). De esta forma se corrobora lo descrito por la literatura usada como referencia para nuestra investigación.^{1, 6, 12, 18, 21, 22}

Así, todos los estudios señalan que el método empleado para intento de suicidio más empleado fue el dejarse morir, seguido de la intoxicación medicamentosa por uso de sustancias órgano-fosforadas y benzodiazepinas, las frecuencias fueron similares al de nuestro estudio. En la serie de Portal y Montano (2005) el método más usado fue el ahorcamiento.²³ Hace sólo dos décadas, los métodos de suicidio usados por los varones de la tercera edad eran más agresivos con uso de arma de fuego, precipitaciones y ahorcamiento, en tanto que las mujeres prefieren el envenenamiento o la sobredosis de droga. En general, en el suicidio consumado, con el aumento de la edad se incrementa la proporción de métodos categóricos y

violentos. Esto podría fundamentarse en la mayor presencia de síntomas psicóticos en la depresión con la edad.

Respecto al estado civil, la viudez es confirmada en nuestro estudio como factor asociado a depresión con intento de suicidio similar al descrito por Guibert (1999),²⁰ Rodríguez (2009)¹⁵ y Bojorquez y et al., (2009).²⁵

Familiar con el que vive: Villareal (2010),¹⁶ Jiménez (2011).¹⁷ Según Blazer (2010) los factores psicosociales asociados a la depresión en la tercera edad como la disponibilidad de redes sociales de apoyo (la pareja, familiares cercanos, amigos y compañeros de trabajo) sobre la base de las relaciones significativas que una persona ha establecido a lo largo de su vida, son determinantes muy importantes en la protección de la depresión.²⁵ Montero y Rivera (2009)²⁶ afirman que estas son especialmente importantes en la tercera edad, toda vez que constituyen un importante recurso de afrontamiento de diversos estresores asociados con el envejecimiento, como los sentimientos de soledad, inseguridad y ansiedad; al tener una red social, el adulto mayor sabe que cuenta con alguien capaz de brindarle ayuda, cuidado y consejo. Litwin (2008)²⁷ Ruíz (2008)²⁸ y Zunzunegui. (2004)²⁹ hallaron que durante la tercera edad aquellos que carecen de soporte sociofamiliar presentan más depresión y alteraciones cognitivas. Bojorquez (2009)²⁴ han identificado que la viudez, como la falta de contacto social y el vivir solo, aumenta la presencia de sintomatología depresiva. Los hijos cubren, con mayor frecuencia, las necesidades alimenticias (52.5%) y recreativas (52.2%) de sus ancianos padres. A ellas, le siguen las necesidades de habitación (40%) y pensión económica (27.5%). Tal parece que las ancianas son más atendidas que los ancianos, pues existen más ancianas que ancianos con necesidades cubiertas por sus hijos.³⁰ Definitivamente, la investigación demuestra la existencia de factores asociados a depresión con intento de suicidio que pueden ser detectados y manejados preventivamente, por lo que, será necesario que las autoridades de las instituciones de salud, como las del Servicio de Psiquiatría del HNGAI puedan institucionalizar el uso protocolizado de las escalas especializadas para la detección de la depresión en la tercera edad,

referencia de los casos detectados a los psiquiatras especialistas para su diagnóstico diferencial y terapia, evaluación obligatoria antes del alta médica de todo paciente con los factores asociados demostrados por nuestra investigación.

En conclusión, la depresión e intento de suicidio en el adulto mayor en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo del estudio tuvo una frecuencia inferior a otros centros especializados nacionales e internacionales.

Se demostró asociación estadística significativa entre depresión e intento de suicidio en los pacientes de la tercera edad ($p < 0.05$)

La investigación demostró asociación estadística significativa entre depresión/intento de suicidio en la tercera edad con el estado civil, nivel socio-económico, familiar con el que vive y método empleado para intento de suicidio. ($p < 0.05$)

El método más empleado para realizar un intento de suicidio en la tercera edad de nuestro medio fueron el dejarse morir y la intoxicación medicamentosa.

Se recomienda que los pacientes de la tercera edad con depresión en las áreas de emergencia deberían de ser evaluados por el psiquiatra de guardia por su alta asociación con suicidio.

Se debe protocolizar el uso rutinario en los pacientes adultos mayores de distintas pruebas psicométricas (Escala de depresión geriátrica –GDS- o de Yesavage breve) validadas a nivel internacional y nacional, a fin de tener instrumentos que permitan detectar y cuantificar la severidad de la depresión en el adulto mayor e iniciar tratamiento preventivo para evitar desenlaces extremos.

También es importante mejorar la calidad de las historias clínicas, realizar estudios prospectivos y longitudinales a fin de identificar los casos y hacer seguimiento hasta observar el desenlace del cuadro.

Agradecimiento. Al doctor José Luis Osnayo Delgado, por su invaluable asesoría para la ejecución del estudio.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses.

Financiamiento: Financiado por la autora del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, C. y García, R. Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores. *Revista de Psicología y Salud*. (en línea), marzo 2011: 17-23 (citado abril 2015). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Martínez, J.; Vilches, M.O.; Dueñas, R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. (en línea) 2011:38-47. (citado abril 2015). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002001000003&script>
- Urbina T, J. R.; Flores M, J. M.; García S, M. P.; Torres B, L.; Torrubias F, R. M. Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 2007: 37-42.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Lima: 18, 1.
- Ribot R,V. D. L. C.; Alfonso R,M.; Ramos A, M.E.; González C, A. Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11, 2012: 699-708.
- Castro D,S y et al. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría* 2013;43(S1):27-35
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informáticas. Encuesta demográfica y de salud familiar 2014. Cuadro 17. (en línea). Lima, 2014: 32-37. (citado abril 2015). Disponible en:http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- García P,C; Wagner F.A.; Sánchez G,S; Juárez C,T; Espinel B,C.; García G,J,J.; Gallegos C,K; Franco M,F; Gallo J, J. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *Journal of General and Internal Medicine*, 23 (12), 2008: 1973-1980.
- Colunga R, C., García DA, J.E., Salazar E, J.G. y González M,A. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México. *Revista de Salud Pública*, 2008; 10 (1).
- Martínez M, J.J.A., Martínez O, V.A., Esquivel M, C.G. y Velasco R, V.M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45 (1) 2007: 21-28.
- Varela P,L; Chávez J,H; Herrera M,A; Ortiz S,P; Chigne V.O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Revista médica Diagnóstico* (en línea), Vol. 43, N° 2, marzo-abril 2004 (citado abril 2015). Disponible en: <http://www.fihudiagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/ mar-abr04/57-63.html>
- Guerra, AM. Características sociodemográficas y clínicas de la población geriátrica asistida en el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi. *Anales de Salud Mental XI, Lima-Perú*: 2005: 43-62
- Rodríguez O. y MsC. Orestes D. Algunos aspectos clínico epidemiológicos de la depresión en la ancianidad. *Revista MEDISAN* 2009; 13(5).
- Villarreal C.RE; Costafreda V.M. Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos. *Revista MEDISAN* 2010; 14(7):917.
- Jiménez B.E. Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *Revista MEDISAN* 2011;15(3):339.
- Canto P,G; Castro R,H; Castro R, E.K. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo. (en línea) *Enseñanza e investigación en psicología* vol. 9, num. 2: 257-270 julio-diciembre, 2004. (citado marzo 2015). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29290204.pdf>
- Capuñay C.J, Figueroa A.M, Varela P.L. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista Médica Herediana* 1996; 7(4): 172-177.
- Guibert R., Trujillo G. Intento Suicida Del Anciano En Un Área De Salud. *Revista Cubana Medica General Integral* 1999;15(5):509-15.
- Rodríguez G.M. Prevalencia de suicidio en la población gerontológica de Puerto Rico, Periodo de 1980-2006. *Revista Psicología y Salud*, Vol. 20, Núm. 1: 89-96, enero-junio de 2010.
- Aníaa B,J, Chimchillab E, Suárez A,JL, Iruritad J. Parasuicide and suicide among elderly residents of a long-term-care facility. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(3):170-174.
- Portal M., Montano D. Mortalidad por suicidio en adultos mayores, provincia Pinar del Río. 2005
- Bojorquez C, I., Villalobos D, V., Manrique E, B., Tellez R, M., Salinas R, A. Depressive symptoms among older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 2009: 70–77.
- Blazer, D. The origins of late-life depression. *Psychiatric Annals*, 40, 2010: 13-18, Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3928/00485718-20091229-01>.
- Montero L,M, Rivera L,A. Variables con alto valor adaptativo en el desajuste psicológico del adulto mayor. *Revista de conducta, salud y temas sociales*, Vol.1, N° 1, Mayo 2009: 59-67.
- Litwin, H. Social networks and self-rated health: a cross-cultural examination among older Israelis. *Journal of Aging and Health*, 18, 335-58, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264305280982>
- Ruiz-Dioses, L., Campos-Leon, M., & Pena, N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25, 2008: 374-379.
- Zunzunegui, M., Kone, A., Johri, M., Beland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. Social networks and self-rated health in two Frenchspeaking Canadian community dwelling

- populations over 65. *Social Science & Medicine*, 58, 2069-2081, available via: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.005>
30. Garcia M, M., Rivera A, S., Reyes L, I., y Diaz L, R. Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Interamericana de diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2, 2006: 91-110.

Correspondencia:

Milagros del Carmen Pozo Cerna

Dirección: Jirón Cusco 419 Lima 17

Telefonos: 950453088 93044694 2617923

Correo electrónico:

milagritosdelcarmen7@hotmail.com

mili.pozo.7@gmail.com