



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL EN LA CUENCA DEL RIO CHOTA”

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de médico general

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTOR:

Dusthin Alexander Rosero Tulcán

DIRECTOR:

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos

Ibarra – Ecuador

2026



**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS	Y Rosero Tulcán Dusthin Alexander
NOMBRES:	

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Prevalencia de la depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la cuenca del río Chota
AUTOR (ES):	Rosero Tulcán Dusthin Alexander
FECHA: DD/MM/AAAA	24/06/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO



TITULO POR EL QUE OPTA:	Médico general
DIRECTOR /ASESOR:	Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos / Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 24 días del mes de junio de 2026.

EL AUTOR:

Firma.....

Nombre: Dusthin Alexander Rosero Tulcán



**CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR**

Ibarra, 24 de junio de 2026

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

(f)

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos

C.C.: 1712583986



APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificado del trabajo de Integración Curricular “PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CUENCA DE RÍO CHOTA” elaborado por ROSERO TULCÁN DUSTHIN ALEXANDER, previo a la obtención del título del Médico general, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f):.....

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos

C.C.: 1712583986

(f):.....

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

C.C.: 0401046800



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DEDICATORIA

A mí mismo, por creer en el valor de la constancia y comprender que los grandes logros son el resultado de no rendirse.



La presente investigación se fundamenta en la necesidad de abordar la depresión en adultos mayores con hipertensión arterial, considerando su impacto en la calidad de vida y la carga de enfermedad en poblaciones vulnerables como la Cuenca del Río Chota, donde confluyen factores biológicos, sociales y económicos que incrementan el riesgo de trastornos afectivos; el objetivo general fue analizar la prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la cuenca del río Chota, con el fin de identificar factores predisponentes y sociodemográficos relevantes. La metodología correspondió a un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, realizado en una muestra de 67 adultos mayores hipertensos, en quienes mediante la aceptación de un consentimiento informado se aplicó una herramienta de evaluación clínica computarizada para identificar problemas de salud mental (GMHAT/PC) junto con una ficha de caracterización sociodemográfica, tras su procesamiento y análisis los resultados más relevantes evidenciaron la presencia de distintos grados de sintomatología depresiva en el 83.58% de la población estudiada, con mayor frecuencia en el sexo femenino y una relación con condiciones socioeconómicas desfavorables y baja escolaridad. Dentro de los factores predisponentes para depresión en adultos mayores con hipertensión arterial, el estrés, la baja escolaridad y la raza afrodescendiente fueron los más frecuentes. En conclusión, se identificó una proporción significativa de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial, lo que sugiere la necesidad de fortalecer el tamizaje oportuno, la intervención integral y el abordaje multidisciplinario para mejorar el bienestar físico y mental de esta población.

Palabras clave: depresión, adulto mayor, hipertensión arterial, factores predisponentes.



ABSTRACT

This research is based on the need to address depression in older adults with hypertension, considering its impact on quality of life and the burden of disease in vulnerable populations such as the Chota River Basin, where biological, social and economic factors converge that increase the risk of affective disorders; the general objective was to analyze the prevalence of depression in older adults with hypertension in the Chota River Basin, in order to identify relevant predisposing and sociodemographic factors. The methodology consisted of an observational, descriptive, and cross-sectional study conducted on a sample of 67 hypertensive older adults. Participants, after obtaining informed consent, completed a computerized clinical assessment tool to identify mental health problems (GMHAT/PC) along with a sociodemographic questionnaire. Following data processing and analysis, the most relevant results revealed the presence of varying degrees of depressive symptoms in 83.58% of the study population, with a higher frequency in females and a correlation with unfavorable socioeconomic conditions and low levels of education. Among the predisposing factors for depression in older adults with hypertension, stress, low levels of education, and being of African descent were the most frequent. In conclusion, a significant proportion of depression was identified in older adults with hypertension, suggesting the need to strengthen timely screening, comprehensive intervention, and a multidisciplinary approach to improve the physical and mental well-being of this population.

Keywords: depression, elderly, high blood pressure, predisposing factors.



LISTA DE SIGLAS

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.

HTA: Hipertensión Arterial

AHA: American Hear Association

GMHAT: Global Mental Health Assessment Tool.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

MmHG; Milímetros de mercurio



Índice de contenido

CAPITULO I 14

1.1. Introducción 14

1.3. Justificación 19

1.4. Objetivos 20

1.4.1. Objetivo General 20

1.4.2. Objetivos Específicos 20

2. CAPÍTULO II..... 21

2.1. Marco teórico 21

2.1.1. Depresión..... 21

2.1.2. Hipertensión arterial 29

2.1.3. Condición Actual del adulto mayor en Ecuador..... 33

2.1.4. Depresión e hipertensión arterial en adultos mayores 34

2.2. Marco referencial 37

3. CAPÍTULO III..... 40

3.1. Materiales y métodos 40

3.1.1. Población y muestra..... 40

4. CAPÍTULO IV 43

4.1. Resultados y análisis 43

4.1.1. Caracterización sociodemográfica 43



4.1.2. Prevalencia de sintomatología de depresión I.....	45
5.1.1. Factores predisponentes en depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la cuenca del río Chota.....	48
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
6.1. Conclusiones.....	51
6.2. Recomendaciones.....	52
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
8. ANEXOS.....	58



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de adultos mayores con hipertensión arterial en la cuenca del río Chota43

Tabla 2: Prevalencia de grados de sintomatología de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial según el sexo45

Tabla 3: Factores predisponentes para depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la cuenca del río Chota48



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado	58
Anexo 2: Cuestionario GMHAT	59
Anexo 3: Recolección de información	72

**CAPITULO I****1.1. Introducción**

El sentimiento de tristeza, decaimiento o agobio es común en todas las personas, en cualquier edad y en diferentes circunstancias, pero suele ser pasajero. La depresión mayor, también llamada depresión clínica, comienza cuando estos síntomas no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que causan deterioro en el pensamiento, coordinación de actividades, deseos, sensaciones u ocupaciones de la vida cotidiana, impidiendo incluso la correcta alimentación, la interacción social y el descanso (1).

En Latinoamérica se ha estimado un incremento de la población de adultos mayores en relación con la población total. Se considera adulto mayor, o persona de la tercera edad cuando ya haya cumplido los 60 años. Es así como un ritmo en el cual la población está envejeciendo de una manera acelerada o incrementando su densidad, preocupa en el ámbito de salud, debido a que a esta edad se manifiestan mayormente enfermedades crónicas, o de cierto carácter hereditario, por ejemplo, la hipertensión arterial o diabetes(2).

La hipertensión arterial es una enfermedad que se caracteriza por el aumento de la presión en el interior de las arterias, se define como valores >140 mmHg TAS y/o >90 mmHg TAD, lo que conlleva a un daño progresivo y puede desencadenar en enfermedades cardiovasculares con mayor riesgo de mortalidad, incluso dañando otros órganos, como el ojo, riñón o corazón(3).

Un adulto mayor que presente sintomatología de depresión mayor, y además lleve tratamiento para hipertensión arterial, tendrá una mala adherencia al tratamiento antihipertensivo. Dentro de los diferentes factores de riesgo para padecer hipertensión



arterial, se encuentran factores hereditarios, hábitos y hasta enfermedades subyacentes. Para un mejor control y manejo de esta patología, no solo basta con la medicación, sino también con un cambio de hábitos, pero una persona que está siendo afectada por su depresión, difícilmente puede mantener su propio control y la hipertensión podría empeorar(4).

A lo largo de su vida, la población afrodescendiente ha experimentado discriminación racial, exclusión social y desigualdades estructurales que han restringido su acceso a la educación, al empleo y a los servicios de salud, repercutiendo de manera negativa en su bienestar físico, psicológico y emocional. Esta situación tiende a intensificarse en escenarios de pobreza, zonas rurales y áreas geográficamente aisladas, donde las limitaciones para acceder a servicios básicos y atención integral son aún más marcadas (5).

1.2. Problema de investigación

La población de adultos mayores está aumentando en todo el mundo así, entre 2000 y 2050, la población de adultos mayores se incrementará pasando del 11% al 22% (6) Según la OMS, la depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes en esta población y constituye un importante problema de salud pública debido a sus repercusiones sobre la calidad de vida, la funcionalidad, la adherencia a los tratamientos médicos y la mortalidad. Esta patología se manifiesta mediante síntomas como tristeza persistente, pérdida de interés por las actividades habituales, alteraciones del sueño, disminución de la energía y deterioro del desempeño social y físico. En los adultos mayores, su identificación suele resultar compleja, ya que muchos de sus síntomas pueden confundirse con cambios propios del envejecimiento o con manifestaciones derivadas de enfermedades crónicas coexistentes (7).



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta aproximadamente al 3,8 % de la población mundial, con una prevalencia del 5 % en la población adulta y del 5,7 % en las personas mayores de 60 años. A nivel local, constituye uno de los problemas de salud mental más relevantes en la población adulta mayor, grupo que representa aproximadamente el 7,04% de la población total del país. Se estima que las afecciones psicológicas afectan entre el 10% y el 14% de los adultos mayores, siendo la depresión el trastorno más frecuente dentro de este grupo etario. A demás, en la encuesta SABE realizada en el 2020 se encontró a la depresión con una prevalencia del 39% en adultos mayores(8).

Cuando los adultos mayores presentan enfermedades crónicas, la situación adquiere mayor relevancia. Estudios realizados en las ciudades de Cuenca y Latacunga en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial han reportado una prevalencia de depresión del 81%, lo que evidencia una estrecha relación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y el deterioro de la salud mental. Asimismo, en adultos mayores institucionalizados, la frecuencia de depresión también es considerablemente elevada. Investigaciones desarrolladas en centros gerontológicos, como el Centro Padre Nello Storoni de la provincia del Cañar, han demostrado que más del 55% de los residentes presentan un cuadro depresivo establecido, situación que puede estar asociada a factores como el aislamiento social, la pérdida de autonomía y la disminución de las redes de apoyo familiar (9).

Entre las enfermedades crónicas, la hipertensión arterial ocupa un lugar relevante por su elevada prevalencia y por constituir uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. En la población adulta mayor,



esta patología requiere seguimiento permanente, tratamiento farmacológico prolongado y modificaciones sostenidas en el estilo de vida, aspectos que pueden generar una importante carga física, emocional y social para quienes la padecen. La hipertensión arterial ha aumentado en los últimos años a nivel mundial, en una cifra de 1 por cada 3 adultos. La mortalidad de esta patología es el resultado del daño a diferentes órganos, complicaciones vasculares, las cuales se presentan con mayor frecuencia en el adulto mayor. En Ecuador, en el 2018, el 19,8% de adultos presenta hipertensión arterial, incluyendo a quienes están en tratamiento de esta, según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). La prevalencia de hipertensión arterial es mayor en hombres con 23,8% que en mujeres 15,0%, y en mayor grupo el del adulto mayor con una prevalencia de 35% (10).

Diversas investigaciones han evidenciado una relación bidireccional entre la depresión y la hipertensión arterial. La presencia de síntomas depresivos puede disminuir la adherencia terapéutica y dificultar el control de la presión arterial, incrementando el riesgo de complicaciones cardiovasculares. De igual manera, convivir durante años con una enfermedad crónica puede favorecer el desarrollo de trastornos depresivos, especialmente cuando se asocia a condiciones de vulnerabilidad social, limitaciones económicas o dificultades en el acceso a los servicios de salud. En Latinoamérica, diversos estudios han evidenciado una elevada frecuencia de depresión en personas que padecen enfermedades crónicas, particularmente en la población adulta mayor. En Chile, investigaciones realizadas en pacientes con hipertensión arterial reportaron una prevalencia de depresión del 51%. De igual manera, en Colombia, estudios efectuados en personas con diabetes mellitus tipo 2 identificaron una prevalencia de síntomas depresivos cercana al 30%. Por su parte, en Cuba se ha descrito que aproximadamente el 60% de los adultos mayores con enfermedades



crónicas presentan depresión, lo que refleja la importante carga de esta condición en dicho grupo poblacional. Asimismo, en Perú, investigaciones desarrolladas en adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en hospitales generales encontraron una prevalencia de depresión del 64,96%, observándose una mayor afectación en el sexo femenino, donde la frecuencia alcanzó el 74,65%. Estos hallazgos demuestran que la depresión constituye un problema frecuente entre las personas con enfermedades crónicas en Latinoamérica, especialmente en la población adulta mayor con hipertensión, resaltando la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana, atención integral y apoyo psicosocial en este grupo vulnerable (11).

La cuenca del río Chota, ubicada entre las provincias de Imbabura y Carchi, se caracteriza por albergar una importante población afrodescendiente que históricamente ha enfrentado condiciones de vulnerabilidad social, económica y sanitaria. Factores como el acceso limitado a servicios especializados de salud, los bajos ingresos, el nivel educativo reducido y las dificultades para el control adecuado de enfermedades crónicas contribuyen a un mayor riesgo de complicaciones en esta población. En los adultos mayores con hipertensión arterial, estas condiciones pueden generar una carga física y emocional significativa, favoreciendo la aparición de síntomas depresivos. Asimismo, el envejecimiento, la dependencia funcional, el aislamiento social, la pérdida de familiares, la presencia de comorbilidades y las limitaciones para realizar actividades cotidianas constituyen factores asociados al desarrollo de depresión, afectando negativamente su calidad de vida y el manejo multidisciplinario (5).



La limitada disponibilidad de investigaciones locales orientadas a identificar la frecuencia de depresión en adultos mayores afrodescendientes con hipertensión arterial constituye una importante brecha de conocimiento, ya que impide comprender con precisión el impacto que tienen las condiciones sociodemográficas, culturales y geográficas propias de esta población sobre su salud mental. Esta situación se agrava debido a que los trastornos depresivos en la vejez suelen pasar desapercibidos o ser interpretados erróneamente como manifestaciones propias del envejecimiento o como consecuencia de enfermedades crónicas coexistentes, dificultando su reconocimiento y manejo oportuno. Como resultado, se restringe el desarrollo de programas preventivos, estrategias de diagnóstico temprano y acciones integrales de atención que contribuyan al bienestar de este grupo vulnerable.

1.3. Justificación

La presente investigación busca analizar la prevalencia de la depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la cuenca del río Chota, una población caracterizada por condiciones sociodemográficas, culturales y geográficas particulares que pueden influir en su estado de salud mental. El resultado de la investigación permitirá visualizar la magnitud de la depresión en adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial dentro de la cuenca del río Chota. La información obtenida facilitará la detección temprana de problemas de salud mental y servirá como base para la implementación de estrategias de prevención, promoción y atención integral dirigidas a mejorar su calidad de vida. Además, los resultados podrán ser utilizados por los profesionales de salud y las instituciones sanitarias para fortalecer los programas de seguimiento de pacientes hipertensos,



incorporando la evaluación periódica del estado emocional y psicológico como parte del manejo integral de las enfermedades crónicas. De esta manera, se favorecerá una atención más oportuna y humanizada de los adultos mayores de la región.

Es pertinente porque permite ampliar el conocimiento epidemiológico en zonas rurales y grupos poblacionales vulnerables abordando temas poco atendidos y escasamente tratados que conllevan a una gran carga social. Se cuenta con los recursos para realizar este trabajo, entre ellos, el apoyo de compañeros, docentes y líderes comunitarios interesados en la problemática de salud social. Los principales beneficiarios serán los habitantes de las zonas y el mismo sistema de salud debido a que al contar con datos científicos podemos fortalecer la salud de las zonas con el desarrollo de programas de atención orientados a atender al paciente en el contexto bio-psicosocial. Indirectamente se verán beneficiados también de esto, los cuidadores y la población próxima a ser adulto mayor.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Analizar la prevalencia de depresión en los adultos mayores con hipertensión arterial en la cuenca del río Chota.

1.4.2. Objetivos Específicos

Caracterizar socio demográficamente la población de adultos mayores con hipertensión arterial.

Determinar trastornos depresivos en la población objeto de estudio.

Describir factores predisponentes de la depresión en pacientes seleccionados.

**CAPÍTULO II****2.1. Marco teórico****2.1.1. Depresión**

La depresión, o también llamada depresión mayor, trastorno depresivo mayor, o depresión clínica, se caracteriza por ser un trastorno en el estado de ánimo donde predomina un ánimo deprimido o con pérdida de interés y placer en actividades, que causa síntomas graves que afectan la funcionalidad de una persona en cuanto a cómo se siente, en su forma de pensar, y el manejo de su vida cotidiana, incluso cómo se relaciona con otras personas cercanas o lejanas, además del impedimento de acciones como dormir, trabajar o alimentarse, es decir, pierde el instinto de supervivencia y pierde el interés por la vida. Más que una simple emoción pasajera, es una enfermedad sistémica y multidimensional que afecta tanto el cuerpo como la mente, alterando los pensamientos, la conducta y los vínculos sociales. Su origen no depende de una sola causa; es el resultado de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (12).

2.1.1.1. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo que están asociados a la depresión se encuentran

2.1.1.2. Salud y comorbilidad

2.1.1.2.1.1. Enfermedades crónicas: Las afecciones crónicas caracterizadas por producir discapacidad o malestar continuo constituyen importantes factores de riesgo para la depresión. En este contexto, patologías como el cáncer, la insuficiencia cardíaca, la diabetes y la hipertensión arterial se relacionan con una probabilidad considerablemente mayor de



experimentar trastornos depresivos en comparación con quienes no presentan estas condiciones (13).

2.1.1.2.1.2. Deterioro cognitivo: Se ha evidenciado una estrecha asociación entre el deterioro funcional y el compromiso cognitivo en los adultos mayores, ya que ambas condiciones actúan de manera bidireccional, incrementando mutuamente el riesgo de aparición y progresión de cada una (14).

2.1.1.2.1.3. Envejecimiento: El envejecimiento se relaciona con un aumento de la vulnerabilidad frente a los trastornos depresivos, como consecuencia de las transformaciones físicas, cognitivas y psicosociales propias de esta etapa de la vida. Factores como la pérdida de autonomía, la reducción de las redes de apoyo, la presencia de comorbilidades y los eventos estresantes asociados a la edad avanzada contribuyen significativamente al desarrollo y mantenimiento de la depresión en la población adulta mayor (5).

2.1.1.2.2. Sociodemográficos y personales

2.1.1.2.2.1. Sexo: La depresión presenta una frecuencia considerablemente mayor en las mujeres, con cifras que pueden ser hasta dos o tres veces superiores a las registradas en los hombres (5).

2.1.1.2.2.2. Estado civil: La ausencia de una pareja, ya sea por viudez, divorcio, separación o por residir en soledad, constituye un factor de riesgo importante en los adultos mayores, debido a que la disminución del apoyo social y afectivo incrementa la susceptibilidad a experimentar problemas emocionales y deterioro del bienestar psicológico (11).



2.1.1.2.2.3. Nivel educativo y económico: La escasa escolaridad y las restricciones financieras constituyen factores sociodemográficos vinculados a una mayor prevalencia de depresión, ya que pueden incrementar la vulnerabilidad psicosocial y dificultar el acceso a los recursos necesarios para mantener un adecuado bienestar emocional (11).

2.1.1.2.2.4. Entorno de residencia: Habitar en comunidades rurales constituye una condición asociada a una mayor vulnerabilidad en salud, ya que las barreras geográficas, la limitada cobertura de atención médica y el escaso acceso a información confiable pueden dificultar la detección temprana, el tratamiento oportuno y el adecuado control de diversas patologías, favoreciendo así resultados adversos en la salud física y mental.

2.1.1.2.3. Psicosociales y estilo de vida (15).

2.1.1.2.3.1. Acontecimientos vitales adversos: Diversos eventos estresantes de la vida, entre ellos la pérdida del trabajo, las dificultades en las relaciones de pareja, el duelo por el fallecimiento de un ser querido y la exposición continua a factores de tensión, se han identificado como desencadenantes frecuentes de la depresión, debido a su capacidad para alterar el equilibrio psicológico y afectar la salud mental de los individuos (13).

2.1.1.2.3.2. Consumo de sustancias: La depresión y el abuso de sustancias mantienen una relación bidireccional, en la que el consumo de alcohol y drogas puede surgir como un intento de mitigar el sufrimiento psicológico. No obstante, esta práctica incrementa la gravedad de los síntomas, deteriora el funcionamiento psicosocial y contribuye al mantenimiento de los trastornos depresivos a largo plazo (13).

2.1.1.2.3.3. Historia de abuso: Los antecedentes de maltrato físico, psicológico o sexual constituyen factores de riesgo relevantes para la aparición de trastornos mentales en la edad adulta. En especial, cuando estas experiencias ocurren durante la infancia, pueden producir



consecuencias emocionales y psicosociales persistentes que incrementan significativamente la vulnerabilidad a padecer depresión y otras afecciones de salud mental a lo largo de la vida (13).

2.1.1.2.4. Biológicos y genéticos

2.1.1.2.4.1. Genética: La predisposición genética desempeña un papel importante en el desarrollo de la depresión, estimándose que una proporción considerable de su aparición puede atribuirse a factores hereditarios. En este sentido, contar con antecedentes familiares de depresión o trastornos de ansiedad se asocia con una mayor probabilidad de presentar estas alteraciones, lo que evidencia la influencia de la carga genética en la vulnerabilidad a los trastornos del estado de ánimo (16).

2.1.1.2.4.2. Bioquímica cerebral: Entre los mecanismos biológicos implicados en la depresión destaca la disfunción de los sistemas de neurotransmisión, particularmente aquellos relacionados con la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. El desequilibrio en estas sustancias neuroquímicas puede afectar los procesos de regulación emocional y contribuir al desarrollo de síntomas depresivos (7).

2.1.1.2.4.3. Eje hipotálamo – hipófisis – adrenal: El estrés crónico puede generar una activación persistente del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, lo que incrementa la liberación de cortisol. La exposición prolongada a niveles elevados de esta hormona puede producir alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro, especialmente en el hipocampo, una región involucrada en la memoria, el aprendizaje y la regulación emocional, contribuyendo así al desarrollo de síntomas depresivos (7).



2.1.1.3. Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión se basa en la clínica del paciente, ayudándose de una anamnesis detallada. Debido a su complejidad, el proceso debe ser estructurado y guiado por criterios estandarizados además del apoyo de herramientas de tamizaje.

2.1.1.3.1. Criterios diagnósticos DSM – 5

2.1.1.3.1.1. Tiempo: La sintomatología debe estar presente en casi todos los días durante al menos dos semanas.

2.1.1.3.1.2. Síntomas nucleares: La existencia de al menos uno de los dos síntomas principales, ánimo deprimido o anhedonia.

2.1.1.3.1.3. Síntomas adicionales: Se requieren al menos cinco síntomas en total, que pueden incluir: cambios significativos en peso o apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultad para concentrarse e ideas recurrentes de muerte o suicidio (14).

2.1.1.4. Particularidades en el adulto mayor

2.1.1.4.1. Depresión enmascarada: En los adultos mayores, la depresión suele manifestarse de forma atípica, ya que con frecuencia no expresan sentimientos de tristeza de manera evidente. En su lugar, pueden presentar síntomas físicos inespecíficos, como dolores corporales, mareos o molestias gastrointestinales, además de irritabilidad, ansiedad y una preocupación excesiva por su estado de salud, lo que puede dificultar el reconocimiento oportuno del trastorno (16).

2.1.1.4.2. Deterioro cognitivo: En algunos adultos mayores, la depresión puede manifestarse mediante alteraciones de la memoria, la concentración y otras funciones cognitivas, llegando a simular un cuadro demencial, condición conocida como pseudo



demenia depresiva. A diferencia de las demencias neurodegenerativas, este deterioro cognitivo suele ser reversible y muestra una mejoría significativa cuando la depresión es identificada y tratada adecuadamente, lo que resalta la importancia de un diagnóstico diferencial oportuno (16).

2.1.1.5. Exámenes complementarios y diagnóstico diferencial

2.1.1.5.1. Laboratorio: Como parte de la evaluación integral de pacientes con síntomas depresivos, especialmente en adultos mayores, se recomienda la realización de exámenes complementarios como hemograma, perfil bioquímico, pruebas de función tiroidea (TSH), determinación de vitamina B12 y ácido fólico, así como la medición de electrolitos séricos. En situaciones específicas, también puede ser útil evaluar los niveles de cortisol para descartar alteraciones endocrinas que puedan contribuir a la sintomatología depresiva o simularla (8).

2.1.1.5.2. Neuroimagen: Si bien las pruebas de neuroimagen no muestran hallazgos específicos para el diagnóstico de depresión, estudios como la resonancia magnética (RMN) o la tomografía axial computarizada (TAC) pueden ser útiles para identificar o descartar alteraciones estructurales cerebrales asociadas. Entre estas se incluyen lesiones isquémicas, particularmente en los casos de depresión vascular, así como procesos de atrofia cerebral u otras patologías neurológicas que podrían contribuir a la aparición de síntomas depresivos o deterioro cognitivo (16).

2.1.1.5.3. Interacciones farmacológicas: Durante la valoración clínica de la depresión es fundamental revisar detalladamente el tratamiento farmacológico del paciente, ya que algunos medicamentos pueden favorecer la aparición o agravamiento de síntomas depresivos. Entre ellos se encuentran los corticoides, ciertos betabloqueantes y algunos



antihipertensivos, cuyos efectos sobre el sistema nervioso central pueden influir negativamente en el estado de ánimo. Por ello, la identificación de estos fármacos resulta esencial para realizar un adecuado diagnóstico diferencial y orientar el manejo terapéutico (16).

2.1.1.6. Evaluación del riesgo suicida

La valoración del riesgo suicida es un elemento esencial en el diagnóstico de la depresión. Se recomienda indagar de forma directa sobre pensamientos de muerte o ideación suicida, ya que abordar este tema no fomenta el suicidio y facilita la detección temprana de pacientes en riesgo. Como apoyo en la evaluación clínica, puede emplearse la escala SAD PERSONS, una herramienta que considera factores demográficos, clínicos y psicosociales para estimar el nivel de riesgo y orientar la toma de decisiones terapéuticas (8).

2.1.1.7. Tratamiento

El manejo de la depresión requiere un enfoque biopsicosocial integral que combine estrategias farmacológicas, intervenciones psicoterapéuticas y modificaciones en los hábitos de vida. Este abordaje multidimensional busca no solo disminuir los síntomas depresivos, sino también restaurar el funcionamiento físico, emocional y social del paciente, favoreciendo una recuperación completa y una mejor calidad de vida (7).

2.1.1.7.1. Tratamiento farmacológico: Piedra angular del tratamiento para depresión moderada a grave

2.1.1.7.1.1. Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS): Son los fármacos de primera elección por su perfil de seguridad y tolerabilidad, especialmente en adultos mayores. Se incluyen, sertralina, escitalopram, citalopram, fluoxetina y paroxetina (17)



2.1.1.7.1.2. Antidepresivos tricíclicos (ADT): Aunque eficaces, se asocian con mayores efectos adversos (arritmias, estreñimiento, caídas, confusión) y riesgo cardiovascular, por lo que su uso en adultos mayores es limitado y requiere vigilancia estrecha. Como, por ejemplo, amitriptilina o Imipramina (16).

2.1.1.7.1.3. Nuevos antidepresivos: Entre los antidepresivos utilizados en adultos mayores, la vortioxetina y la tianeptina han mostrado resultados favorables debido a su buena tolerabilidad, bajo perfil de efectos adversos y potencial beneficio sobre funciones cognitivas como la memoria y la atención. Estas características las convierten en alternativas terapéuticas de interés para el manejo de la depresión en esta población (8).

2.1.1.7.2. Psicoterapia: La psicoterapia constituye una intervención eficaz en todos los grados de depresión, pudiendo emplearse como tratamiento único en casos leves o en combinación con fármacos en cuadros moderados y graves. Entre las modalidades más utilizadas destacan la terapia cognitivo-conductual, enfocada en modificar pensamientos negativos; la terapia interpersonal, orientada a fortalecer las relaciones sociales; y la terapia de resolución de problemas, especialmente útil en pacientes con dificultades en la planificación y organización. En los adultos mayores, estas intervenciones han demostrado una alta efectividad, contribuyendo a una mejor recuperación y a una menor probabilidad de recaídas (16).

2.1.1.7.3. Fases y duración del tratamiento: El tratamiento de la depresión debe mantenerse incluso después de la mejoría clínica para prevenir recaídas. Inicialmente, la fase aguda, que suele durar entre 8 y 12 semanas, tiene como objetivo lograr la remisión de los síntomas. Posteriormente, se continúa con una fase de mantenimiento a la misma dosis terapéutica, cuya duración depende del número de episodios previos: entre 6 y 12 meses tras



un primer episodio, al menos 2 años después de un segundo episodio y, en casos de recurrencias múltiples, puede prolongarse durante 5 años o incluso de forma indefinida (8).

2.1.1.7.4. Medidas complementarias y estilo de vida: Las modificaciones del estilo de vida constituyen un complemento importante en el tratamiento de la depresión. La práctica regular de ejercicio físico, una adecuada higiene del sueño y una alimentación saludable han demostrado efectos positivos sobre el estado de ánimo y el bienestar general. Asimismo, intervenciones como el mindfulness, el yoga, el tai chi, la acupuntura y la terapia lumínica pueden contribuir de manera segura y eficaz a la reducción de los síntomas depresivos y a la mejora de la calidad de vida (8).

2.1.2. Hipertensión arterial

2.1.2.1. Concepto

La hipertensión arterial (HTA) se define fundamentalmente como la elevación continua o sostenida de los niveles de presión arterial por encima de los rangos considerados normales. Para comprender este concepto, es necesario definir la presión arterial como la fuerza o presión que el corazón ejerce sobre las arterias para que estas conduzcan la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo (3) (18).

2.1.2.2. Clasificación actualizada American Heart Association (AHA) 2025

Normal: < 120/80 mmHg.

Elevada: 120 – 129 mmHg (Sistólica) y < 80 mmHg (Diastólica).

Hipertensión etapa 1: 130 – 139 mmHg (Sistólica) u 80 – 90 mmHg (Diastólica).

Hipertensión etapa 2: ≥ 140 mmHg (Sistólica) o ≥ 90 mmHg (Diastólica) (18).



2.1.2.3. Factores de riesgo

2.1.2.3.1. Estilo de vida

2.1.2.3.1.1. Dieta: Entre los factores dietéticos asociados al desarrollo y control de la hipertensión arterial, destaca el consumo excesivo de sodio, considerado uno de los principales determinantes de la elevación de la presión arterial. Asimismo, una ingesta insuficiente de nutrientes como potasio, fibra, calcio, magnesio y proteínas de origen vegetal puede contribuir al desequilibrio cardiovascular, favoreciendo la aparición y progresión de esta enfermedad (18).

2.1.2.3.1.2. Peso corporal: El sobrepeso, la obesidad y el aumento progresivo del peso corporal a lo largo de la vida constituyen factores de riesgo importantes para la hipertensión arterial. El exceso de tejido adiposo favorece alteraciones metabólicas y cardiovasculares que incrementan la resistencia vascular y la carga de trabajo del corazón, contribuyendo al desarrollo y mantenimiento de cifras elevadas de presión arterial (18).

2.1.2.3.1.3. Sedentarismo: La falta de actividad física regular constituye un importante factor de riesgo para la hipertensión arterial, ya que favorece el aumento de peso, el deterioro de la función cardiovascular y diversas alteraciones metabólicas (19).

2.1.2.3.1.4. Consumo de sustancias: El consumo de tabaco y alcohol constituye un factor de riesgo relevante para la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares (18).

2.1.2.3.1.5. Uso de medicamentos: Ciertos fármacos como los anticonceptivos orales, el tratamiento hormonal sustitutivo, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y algunos descongestionantes pueden elevar la presión arterial (19).

2.1.2.3.2. Biológicos y médicos



2.1.2.3.2.1. Edad avanzada: La prevalencia de la hipertensión arterial tiende a incrementarse con el envejecimiento como consecuencia de cambios fisiológicos propios de la edad. Entre estos destacan el endurecimiento progresivo de los vasos sanguíneos y la pérdida de elasticidad arterial, alteraciones que favorecen el aumento de la resistencia vascular y, por ende, la elevación de la presión arterial (18).

2.1.2.3.2.2. Genética: Los antecedentes familiares desempeñan un papel importante en el desarrollo de la hipertensión arterial, ya que numerosos factores genéticos contribuyen de manera conjunta a la regulación de la presión sanguínea. Esta susceptibilidad hereditaria puede aumentar el riesgo de presentar cifras elevadas de presión arterial, especialmente cuando se combina con factores ambientales y estilos de vida poco saludables (18).

2.1.2.3.2.3. Etnia: La hipertensión arterial presenta una mayor frecuencia en la población afrodescendiente, fenómeno que se ha relacionado con factores genéticos que favorecen una mayor retención de sodio y agua a nivel renal debido a niveles bajos de renina plasmática y angiotensina II. Esta condición contribuye al aumento del volumen sanguíneo y, en consecuencia, a la elevación de la presión arterial, incrementando la susceptibilidad de este grupo poblacional a desarrollar hipertensión (20).

2.1.2.3.2.4. Trastorno del sueño: Los trastornos del sueño, especialmente la apnea obstructiva del sueño, se asocian estrechamente con el desarrollo de hipertensión arterial. La alteración repetida de la respiración durante el descanso genera episodios de disminución de oxígeno y activación del sistema nervioso simpático, lo que favorece el aumento sostenido de la presión arterial y eleva el riesgo cardiovascular (18).



2.1.2.3.2.5. Comorbilidades: La presencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica y la resistencia a la insulina se asocia con un mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial (10).

2.1.2.3.3. Psicosociales y socioeconómicos

2.1.2.3.3.1. Salud mental: El estrés psicológico crónico se considera un factor de riesgo independiente para la hipertensión arterial. La exposición prolongada a situaciones estresantes activa mecanismos hormonales que aumentan la liberación de cortisol y otras sustancias relacionadas con la respuesta al estrés, favoreciendo la elevación sostenida de la presión arterial y aumentando el riesgo cardiovascular (21).

2.1.2.3.3.2. Nivel de escolaridad y economía: Un bajo nivel educativo se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar hipertensión arterial, debido a que puede limitar el acceso a información relacionada con la prevención, el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables (21).

2.1.2.3.3.3. Situación laboral: Algunas investigaciones han señalado que la condición de ama de casa puede asociarse con un mayor riesgo de hipertensión arterial, debido a que las responsabilidades domésticas y de cuidado pueden generar sobrecarga física y emocional, además de limitar el tiempo destinado a la actividad física, el descanso y las prácticas de autocuidado (21).

2.1.2.3.4. Factores ambientales

2.1.2.3.4.1. Contaminación: Evidencia reciente sugiere que la exposición prolongada a contaminantes ambientales y determinadas sustancias químicas puede contribuir al desarrollo de hipertensión arterial. En particular, las partículas finas presentes en la contaminación del aire, como las PM2.5, favorecen procesos inflamatorios y alteraciones



vasculares que pueden incrementar las cifras de presión arterial y el riesgo cardiovascular (18).

2.1.2.4. Diagnóstico

El diagnóstico de hipertensión arterial no debe establecerse con una única medición, salvo en casos de cifras marcadamente elevadas. Generalmente, se confirma cuando el promedio de varias determinaciones muestra valores iguales o superiores a 140/90 mmHg en diferentes consultas. Para mejorar la precisión diagnóstica, se recomienda complementar la evaluación con monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) o auto medición domiciliaria (AMPA), lo que permite descartar fenómenos como la hipertensión de bata blanca. La toma de presión debe realizarse bajo condiciones estandarizadas, incluyendo reposo previo, posición adecuada del paciente y uso de equipos validados. En cuanto al seguimiento, los pacientes con cifras no controladas requieren controles más frecuentes hasta alcanzar las metas terapéuticas, mientras que aquellos con presión arterial estable pueden ser evaluados cada 3 a 6 meses. Además, se aconseja el monitoreo periódico de la función renal y otros marcadores de daño a órganos blanco para detectar oportunamente posibles complicaciones (18).

2.1.3. Condición Actual del adulto mayor en Ecuador

En el Ecuador el adulto mayor, se considera a aquella persona que ha alcanzado una edad avanzada, mayor de 65 años. Según estadísticas, esta población va en aumento con el paso de los años. En esta etapa de la vida los adultos mayores pasan por cambios físicos, biológicos y sociales que los hace más propensos a riesgos en comparación con otros grupos de edades. Entre los cambios que pueden atravesar los adultos mayores se encuentran las enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades



cardiovasculares, enfermedades respiratorias. Y también mayor riesgo de fractura y lesiones por su pérdida de densidad ósea. Enfermedades neurológicas, como demencia, Alzheimer, depresión y ansiedad son comunes, debido a la soledad y la pérdida de roles y disminución de su capacidad funcional en el hogar y para sí mismo. Así también, conlleva a un aislamiento social por la pérdida de apoyo social, y una malnutrición por la pérdida de capacidades de prepararse alimentos o de poder comerlos (22).

2.1.4. Depresión e hipertensión arterial en adultos mayores

2.1.4.1. Exposición: La relación entre la hipertensión arterial y la depresión en los adultos mayores constituye un problema de salud relevante debido a su carácter complejo y bidireccional, ya que la presencia de una de estas patologías incrementa considerablemente la probabilidad de desarrollar la otra. Esta asociación repercute negativamente en el bienestar físico y emocional del individuo, dificulta el adecuado control de la presión arterial y contribuye al deterioro progresivo del estado general de salud. A nivel global, se estima que aproximadamente el 29% de los adultos mayores con hipertensión presentan síntomas depresivos, aunque esta proporción puede variar significativamente según las características sociodemográficas, culturales y clínicas de cada población (4).

2.1.4.2. Mecanismos fisiopatológicos: Diversos mecanismos fisiopatológicos explican la frecuente coexistencia de ambas enfermedades. Entre ellos destaca la alteración del sistema nervioso autónomo, caracterizada por un incremento de la actividad simpática y una disminución de la respuesta parasimpática, situación que favorece el aumento de la frecuencia cardíaca y de las cifras tensionales. Asimismo, la activación sostenida del eje hipotálamo - hipófisis - adrenal como consecuencia del estrés crónico y los trastornos depresivos genera una elevación persistente de los niveles de cortisol, hormona que



contribuye al desarrollo de hipertensión arterial y acelera los procesos ateroscleróticos. De igual manera, la inflamación sistémica de bajo grado desempeña un papel importante, ya que se ha observado una mayor concentración de citocinas proinflamatorias, como la interleucina-1, la interleucina-6 y el factor de necrosis tumoral alfa, las cuales favorecen el daño endotelial y aumentan el riesgo de complicaciones cardiovasculares (5).

2.1.4.3. Factores de riesgo

La aparición de depresión en personas adultas mayores con hipertensión también está influenciada por múltiples factores de riesgo. Entre los aspectos sociodemográficos, se ha identificado una mayor frecuencia en mujeres y en individuos que enfrentan situaciones de viudez, divorcio o soledad, condiciones que afectan significativamente la salud mental. Del mismo modo, el aislamiento social, los bajos niveles de escolaridad y la residencia en áreas rurales representan elementos que incrementan la vulnerabilidad psicológica debido a las limitaciones en el acceso a servicios especializados. En el ámbito clínico, la presencia de otras enfermedades crónicas, la larga evolución de la hipertensión arterial y los trastornos del sueño, especialmente el insomnio y la mala calidad del descanso nocturno, constituyen importantes predictores del desarrollo de sintomatología depresiva (4).

2.1.4.4. Diagnóstico

Uno de los principales desafíos radica en el diagnóstico oportuno de la depresión en esta etapa de la vida, ya que con frecuencia sus manifestaciones son subestimadas o atribuidas erróneamente al proceso normal de envejecimiento. Además, los síntomas suelen presentarse de manera atípica, predominando las molestias somáticas persistentes, la irritabilidad o la ansiedad por encima de la tristeza manifiesta. Frente a esta realidad, el



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

abordaje integral requiere estrategias terapéuticas que combinen intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.



2.2. Marco referencial

En el estudio “Asociación entre depresión mayor e hipertensión arterial en una población colombiana” (2020) de Collazos Perdomo D. Se menciona que, la depresión es un factor de riesgo para padecer hipertensión arterial con una relación bidireccional de riesgo entre depresión e hipertensión arterial, es decir, que si se padece hipertensión arterial existe el riesgo de padecer depresión o al contrario, si se padece depresión puede presentar hipertensión arterial, todo este estudio fue aplicado en personas entre 18 a 65 años (23).

Según el estudio “Depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial y variables sociodemográficas relacionadas” (2020) de Molina Vargas Lucia. La depresión en los adultos mayores ha sido un tema descuidado durante muchos años, ya que sus síntomas a menudo se confunden con molestias normales de la edad. Sin embargo, en tiempos recientes se han comenzado a realizar investigaciones sobre la salud mental en este grupo de personas, lo que ha mostrado que la depresión es una afección común en este sector de la población. Hoy en día, esta enfermedad se reconoce como un problema de salud pública a nivel global, causando un significativo deterioro en la calidad de vida de quienes la sufren (11).

Según el estudio “Prevalencia de depresión mediante escala de Yesavage en adultos mayores con descontrol hipertensivo en una unidad de medicina familiar durante el primer semestre del 2023” (2024) de Quiroga García J. Menciona una relación entre hipertensión y depresión en adultos mayores de 60 años, las enfermedades mentales como la depresión afectan significativamente la vida de las personas mayores, sin importar su ocupación o estatus social. En los adultos mayores, la depresión tiende a presentarse con síntomas graves,



causando un deterioro en la funcionalidad y aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Estudios recientes han demostrado que la depresión incrementa la probabilidad de desarrollar hipertensión, Además, el estado depresivo se asocia con niveles elevados de presión arterial, y muchas personas con hipertensión experimentan dificultades como síntomas físicos, menor calidad de vida y pérdida de funciones (24).

En el estudio “Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú” (2019) de De La Ceuz Mitac C. Menciona que la depresión en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus o deterioro cognitivo, es elevada y se asocia a diferentes factores como el sexo, estado civil, la familia, la actividad laboral y psico-traumas de cualquier tipo, donde resulta más frecuente la depresión en adultos mayores de sexo femenino, con estado civil soltero, viudo o divorciado, viviendo solo, sin trabajo y con presencia de hipertensión arterial u otra enfermedad crónica con o sin tratamiento farmacológico (25).

En el estudio “Determinantes socioculturales relacionados con el desarrollo de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial” (2021) de Molina Vargas L. Menciona que existe una relación estrecha entre determinantes socioculturales y el desarrollo de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial diabetes mellitus tipo 2, si padecen alguna de estas dos, tienes más riesgo de padecer depresión (11).

En el estudio “Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial” (2024) de Aguilar Villanueva I. Se expone que, la depresión y ansiedad se encuentran en un mismo paciente y que la población femenina puede padecerla y así



mismo pueden desarrollar hipertensión arterial y las complicaciones de la enfermedad crónica y una mala adherencia al tratamiento (26).

En el estudio “El impacto cognitivo-conductual de la hipertensión” (2020) de Vicario A. expone que, la hipertensión arterial es reconocida como el principal factor de riesgo vascular que puede ser modificado, y que provoca daño silencioso en los vasos sanguíneos del cerebro. Este daño vascular cerebral podría ser la causa subyacente que explique los síntomas cognitivos y conductuales, como la depresión de inicio tardío, derivados de la afectación de los órganos causada por la hipertensión en los vasos sanguíneos cerebrales (27).

En el estudio “Factores sociodemográficos y determinantes de la salud mental en la población afroamericana: un estudio transversal” (2026) de Acosta Y. expone que, se encontró una prevalencia del 60.7% de trastornos mentales con la depresión como el más frecuente en un 15.6% de toda su población donde predominó el sexo femenino y se identificó una alta vulnerabilidad social, económica, educativa e inclusiva debido al restringido acceso con lo cual quedó en evidencia que las comunidades afrodescendientes del río Chota presentan factores sociodemográficos de riesgo para trastornos mentales. (5)

**CAPÍTULO III****3.1. Materiales y métodos****3.1.1. Población y muestra**

La presente investigación se desarrolló en adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial residentes en las comunidades afrodescendientes ubicadas en la cuenca del río Chota, específicamente en Pusir, Tumbatú, Caldera, San Vicente de Pusir, Piquiucho y Carpuela, pertenecientes a las provincias de Imbabura y Carchi. La población de estudio estuvo conformada por personas de 65 años o más que presentaban diagnóstico previo de hipertensión arterial, independientemente del tratamiento farmacológico recibido, y que habitaban permanentemente en las comunidades seleccionadas. Como se trató de un macroproyecto el cuál recogió información de los adultos de todas las comunidades usando un muestreo probabilístico por conglomerados, para este estudio, nos quedamos con la muestra solo de los adultos mayores para el análisis, considerando los criterios de inclusión y exclusión. De un total de 557 personas encuestadas 157 fueron adultos mayores y de ellos, 67 tuvieron HTA. El estudio se ejecutó durante el año 2024 y se enmarcó en un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal, orientado a determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial.

Se incluyeron participantes que aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación mediante la firma del consentimiento informado, mayor o igual a 65 años con residencia habitual en la zona, mientras que se excluyeron aquellos adultos mayores que presentaban discapacidad física o deterioro cognitivo severo que imposibilitara la adecuada comprensión y respuesta de los instrumentos aplicados y que, además, no contaban con un cuidador que facilitara el proceso de entrevista.



La recolección de la información se realizó una vez obtenida la aprobación correspondiente por parte de la Coordinación de la Carrera de Medicina y del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, dentro del contexto de un macroproyecto universitario. Para la obtención de los datos se aplicaron encuestas personales estructuradas que incluyeron variables sociodemográficas y clínicas, complementadas con la aplicación del instrumento Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT), una entrevista clínica semiestructurada diseñada para la identificación y evaluación de trastornos de salud mental en el ámbito de atención primaria. Este instrumento permitió explorar antecedentes personales y familiares relacionados con la salud mental, así como aspectos vinculados con el estado emocional actual de los participantes, incluyendo preocupaciones, ansiedad, capacidad de concentración, estado de ánimo, interés por las actividades cotidianas, nivel de energía, sentimientos, emociones, pensamientos, ideación depresiva, libido y otros trastornos referidos durante la entrevista. La puntuación del GMHAT fue asignada de acuerdo con las respuestas proporcionadas por los participantes y la valoración realizada por el investigador, utilizando una escala que osciló entre 0 y 9 puntos. Es instrumento arroja datos de sintomatología depresiva y nos da un resultado diagnóstico. Para este estudio se tomó en cuenta los datos de sintomatología depresiva la cuál la clasifica como leve moderada y severa dependiendo del mismo sistema que maneja el software del GM-HAT/PC. Posteriormente, los datos obtenidos fueron registrados, depurados y procesados mediante los programas Microsoft Excel versión 18.0, y Jamovi version 2.6.44. Para el análisis de la información se emplearon procedimientos estadísticos descriptivos e inferenciales, incluyendo el cálculo de frecuencias absolutas, frecuencias relativas, porcentajes y prevalencia, además de la aplicación de la prueba de



independencia de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre variables de estudio, considerando un nivel de confianza del 95 % y un valor de significancia estadística de $p \leq 0,05$. Los resultados fueron organizados y presentados mediante tablas y gráficos estadísticos, garantizando la rigurosidad metodológica y científica necesaria para la interpretación adecuada de los hallazgos obtenidos.



CAPÍTULO IV



4.1. Resultados y análisis

4.1.1. Caracterización sociodemográfica

Una vez depurada la base de datos y seleccionados los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, se obtuvo una muestra de 67 participantes.

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de adultos mayores con hipertensión arterial en la cuenca del río Chota

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	51	76,11
	Masculino	16	23,89
Edad	65 - 75	39	58,20
	76 - 100	28	41,80
Estado civil	Viudo	24	35,82
	Casado	29	43,29
	Divorciado	7	10,44
	Soltero	5	7,47
	Unión libre	2	2,98
Residencia	Con familia	57	85,07
	Solo	10	14,93
Tipo de familia	Monoparental	17	25,37
	Nuclear	27	40,30



	Nuclear ampliada	7	10,45
	Otra	10	14,93
	Extensa	6	8,95
Escolaridad	Primaria	52	77,61
	Superior	1	1,49
	Secundaria	3	4,48
	Ninguna	11	16,42
Ocupación	Labores del hogar	43	64,19
	Labores de campo	13	19,40
	Empleado	2	2,98
	Comercio / comerciante	2	2,98
	No trabaja	2	2,98
	Jubilado	3	4,49
	Otros	2	2,98
Ingresos	Menos de salario básico	64	95,52
	Más de salario básico	3	4,48

Análisis:

La caracterización sociodemográfica de los adultos mayores con hipertensión arterial de la Cuenca del Río Chota evidenció un predominio del sexo femenino (76,11%), del grupo etario entre 65 y 75 años (58,20%), de personas casadas (43,29%) y viudas (35,82%), así como una elevada convivencia familiar (85,07%). Adicionalmente, se observó un bajo nivel



educativo, representado principalmente por instrucción primaria (77,61%) y ausencia de escolaridad (16,42%), acompañado de una marcada vulnerabilidad económica, dado que el 95,52% de los participantes percibía ingresos inferiores al salario básico. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Molina-Vargas et al. (2020) (11), quienes identificaron que variables como el sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y convivencia familiar influyen significativamente en la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores con enfermedades crónicas. Estas características reflejan la influencia de los determinantes sociales de la salud sobre el bienestar psicológico de la población. De igual manera, Collazos-Perdomo et al. (2020) (23) demostraron una asociación significativa entre depresión mayor e hipertensión arterial, señalando que factores socioeconómicos desfavorables pueden contribuir a la coexistencia y progresión de ambas patologías.

4.1.2. Prevalencia de sintomatología de depresión

De acuerdo con los resultados del GMHAT, el 83,58 % presentó algún grado de depresión, lo que evidencia una elevada prevalencia de esta condición en la población estudiada.

Tabla 2: Prevalencia de grados de sintomatología de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial según el sexo

Depresión	Sexo	%	Sexo	%	Total	Porcentaje general (%)
	Femenino		Masculino			



Sin	6	8,95	5	7,47	11	16,42
depresión						
Leve	13	19,40	6	8,95	19	28,35
Moderado	10	14,92	3	4,49	13	19,41
Grave	22	32,84	2	2,98	24	35,82
Total	51	76,12	16	23,88	67	100

Los resultados evidencian que el nivel de depresión más frecuente fue el grave, presente en el 35,82% de la población, seguido de la depresión leve (28,35%) y moderada (19,41%). Por otro lado, únicamente el 16,42% de los participantes no presentó síntomas depresivos. Al analizar la distribución por sexo, se observa que las mujeres concentraron la mayor proporción de casos en todos los niveles evaluados. Destaca especialmente la depresión grave, identificada en el 32,84% de las mujeres, constituyéndose en la categoría predominante. En los hombres, la frecuencia más elevada correspondió a la depresión leve (8,95%), mientras que los casos de depresión grave fueron menos frecuentes (2,98%).

Estos hallazgos guardan concordancia con la evidencia presentada en el estudio de Aguilar V. (2024) (26), donde se describe una asociación entre enfermedades crónicas cardiovasculares y la presencia de sintomatología depresiva, destacando que la depresión tiende a ser más frecuente y severa en pacientes con hipertensión, especialmente en contextos de vulnerabilidad psicosocial. Asimismo, el estudio realizado en población afrodescendiente de la Cuenca del Río Chota de Acosta Y. (2026) evidencia una alta prevalencia de trastornos mentales, con predominio de depresión y una mayor afectación en



mujeres, asociada a determinantes sociales como pobreza, estrés crónico y desigualdad estructural. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la coexistencia de hipertensión arterial y depresión no solo responde a factores clínicos, sino también a determinantes sociales y de género, los cuales potencian la severidad del cuadro depresivo, especialmente en mujeres adultas mayores expuestas a condiciones socioeconómicas desfavorables.



4.1.3. Factores predisponentes en depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la cuenca del río Chota

La depresión en el adulto mayor constituye un problema de salud multifactorial en el que intervienen condiciones biológicas, psicológicas y sociales que pueden favorecer su aparición. En la población estudiada, 24 (35.82%) de los 67 adultos mayores con hipertensión arterial presentaron diagnóstico de depresión mediante GM-HAT, lo que evidencia una importante carga de esta alteración emocional.

Tabla 3: Factores predisponentes para depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la cuenca del río Chota

Variable	Categoría	Con Depresión	Porcentaje general (%)
Sexo	Femenino	19	28.35
	Masculino	5	7.46
Estado civil	Casado	10	14.92
	Viudo	8	11.94
	Otros	6	8.95
Escolaridad	Ninguna	5	7.46
	Primaria	18	26.86
	Secundaria/Superior	1	1.49
Residencia	Solo	5	7.46
	Con familia o pareja	19	28.35



Antecedentes de depresión	Sí	4	5.97
	No	20	29.85
Abuso o maltrato	Físico	3	4.47
	Psicológico	8	11.94
	Ninguno	13	19.40
Consumo de alcohol	Sí	1	1.49
	No	23	34.32
Nivel de estrés	Sin estrés	2	2.98
	Estrés leve	14	20.89
	Estrés moderado	5	7.46
	Estrés severo	3	4.47

En relación con el sexo, se observó un predominio del sexo femenino, con 19 casos (28,35% del total de participantes), mientras que en los hombres se identificaron 5 casos (7,46%). Estos resultados sugieren una mayor frecuencia de depresión en las mujeres, lo que coincide con la evidencia científica que señala una mayor vulnerabilidad femenina a los trastornos depresivos en la vejez.

Respecto al estado civil, la mayor proporción de casos se presentó en los participantes casados, con 10 casos (14,92%), seguidos de los viudos con 8 casos (11,94%) y otras categorías con 6 casos (8,95%). La presencia de depresión en personas viudas podría relacionarse con procesos de duelo, soledad y disminución del apoyo emocional.



En cuanto a la escolaridad, los adultos mayores con nivel de instrucción primaria concentraron la mayor cantidad de casos de depresión, con 18 participantes (26,86%), mientras que aquellos sin escolaridad representaron 7,46% y quienes alcanzaron educación secundaria o superior apenas 1,49%. Esto podría indicar que un menor nivel educativo se asocia con mayores dificultades para afrontar problemas de salud y condiciones sociales adversas.

Al analizar la residencia, se encontró que la mayoría de los adultos mayores con depresión convivían con familiares o pareja, representando el 28,35%, frente al 7,46% que vivían solos. Este hallazgo sugiere que la presencia de compañía no necesariamente constituye un factor protector absoluto frente a la depresión, ya que pueden intervenir otros elementos relacionados con la dinámica familiar y el apoyo percibido.

Con respecto a los antecedentes de depresión, la mayor parte de los casos correspondió a personas sin antecedentes previos (29,85%), mientras que solo el 5,97% reportó haber padecido depresión anteriormente. Esto evidencia que los síntomas depresivos pueden desarrollarse incluso en ausencia de antecedentes conocidos.

En relación con experiencias de abuso o maltrato, el tipo más frecuente fue el psicológico, presente en 8 participantes (11,94%), seguido del maltrato físico (4,47%). No obstante, la mayor proporción de adultos mayores con depresión no reportó antecedentes de maltrato (19,40%). Aun así, los resultados sugieren que las experiencias de violencia psicológica podrían constituir un factor relevante en la aparición de síntomas depresivos.

Por otra parte, el consumo de alcohol fue poco frecuente entre los participantes con depresión, registrándose un solo caso (1,49%), mientras que el 34,32% no consumía alcohol,



por lo que esta variable no parece tener una influencia importante dentro de la población estudiada.

Finalmente, el nivel de estrés mostró una posible asociación con la presencia de depresión. La mayor frecuencia se observó en quienes presentaban estrés leve, con 14 casos (20,89%), seguido del estrés moderado (7,46%) y severo (4,47%). En contraste, únicamente el 2,98% de los participantes con depresión no presentó estrés. Estos resultados sugieren que el estrés constituye un factor predisponente importante para el desarrollo de síntomas depresivos en los adultos mayores con hipertensión arterial.

En conjunto, los factores que mostraron una mayor frecuencia entre los adultos mayores con depresión fueron el sexo femenino, la escolaridad primaria, la convivencia con familiares o pareja y la presencia de estrés, especialmente en su nivel leve, lo que indica que estos elementos podrían desempeñar un papel relevante en la aparición de depresión dentro de esta población.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En la población de adultos mayores con hipertensión arterial de la Cuenca del Río Chota se evidenció una prevalencia de depresión del 35.82 %, lo que demuestra que esta alteración de la salud mental constituye un problema relevante dentro de este grupo poblacional y requiere una atención integral que contemple tanto el componente físico como el psicológico.



La caracterización sociodemográfica permitió identificar que la población estudiada estuvo conformada principalmente por sexo femenino, predominando además baja escolaridad, ingresos y estado civil casado seguido de viudez. Estas características reflejan las condiciones sociales y demográficas que distinguen a los adultos mayores hipertensos de la zona de estudio.

La evaluación de los trastornos depresivos mostró que la depresión grave fue el grado de depresión más frecuente. Estos hallazgos evidencian la presencia de diferentes niveles de afectación emocional en los participantes, resaltando la importancia de la detección temprana y el seguimiento oportuno de los síntomas depresivos.

Entre los factores predisponentes asociados a la depresión destacaron nivel de estrés, la baja escolaridad de la zona y el sexo femenino, los cuales podrían incrementar la vulnerabilidad de los adultos mayores al desarrollo de trastornos depresivos. La interacción de estos factores pone de manifiesto el carácter multifactorial de la depresión en esta población.

5.2. Recomendaciones

Implementar el tamizaje periódico de depresión en los adultos mayores con hipertensión arterial durante los controles de atención primaria para favorecer su detección temprana.

Fortalecer las estrategias de promoción de la salud mental dirigidas a los adultos mayores, especialmente en aquellos que presentan factores predisponentes para depresión.



Incentivar la participación familiar y comunitaria en el cuidado de los adultos mayores, con el fin de favorecer el apoyo social y emocional de esta población.

Desarrollar futuras investigaciones que permitan establecer la asociación entre los factores predisponentes identificados y la presencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial.



6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. *Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. OMS. <https://www.paho.org/es/temas/depresion> [Accessed 27th April 2024].
2. Sánchez et al. - 2020 - Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional Análisis de programas de aten.
3. Casado Pérez S. Presión arterial. Conceptos Hipertensión arterial. 2020;
4. Vázquez Machado A, Mukamutara J, Meireles Ochoa MY, Vázquez Arias L. Trastornos depresivos y eventos vitales en pacientes con hipertensión arterial y su relación con la adherencia terapéutica TT - Depressive disorders and vital events in patients with arterial hypertension and its relationship with therapeutic adherence T. *Multimed (Granma)*. 2019;23(5): 1079–1094. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501079
5. Acosta-Vinueza Y, Alvear-Reascos R. Sociodemographic Factors and Determinants of Mental Health in the African American Population A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Switzerland)*. 2026;14(6). <https://doi.org/10.3390/healthcare14060700>.
6. INEC. *ENCUESTA STEPS ECUADOR 2018 MSP, INEC, OPS/OMS Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo RESUMEN EJECUTIVO*. 2022 [Accessed 27th April 2024]. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/RESUMEN-EJECUTIVO-ENCUESTA-STEPS-final.pdf> [Accessed 27th April 2024].



7. Mazo Álvarez HM, Pérez Villa M, Tapias Huertas V, Carmona Ospina T, Ossa Gaviria MF, Herrera Gallo M. La depresión: un análisis documental integral de su concepto, historia y abordajes alternativos. *RHS-Revista Humanismo y Sociedad*. 2025;13(2). <https://doi.org/10.22209/rhs.v13n2a03>.
8. Clínicas G, Molinera VG, Ángel J, Partera A, Alonso A, Guadalupe V, et al. *Guías Clínicas Semergen Autores*. 2023. www.akirahealthcare.net/
9. UDLA-EC-TMPC-2025-127.
10. *Hipertensión arterial*. 2019. www.salud.gob.ec
11. Molina-Vargas L del R, Cárdenas-Naranjo VH, Villarroel-Vargas JF. Depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial y variables sociodemográficas relacionadas. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2020;4(8): 92. <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i8.983>.
12. Nacional de la Salud Mental I. Depresión. 2021; www.nimh.nih.gov/depresionestacional.
13. Lissette E, Mosquera C, Pamela J, Rodríguez P, Margarita P, Parra P, et al. *Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias Current Trends in Depression, Risk Factors, and Substance Abuse Enero-junio 2022*. Journal of American health. <https://orcid.org/0000-0001-5678-9918><https://orcid.org/0000-0003-4264-6208><http://www.jah-journal.com/index.php/jah>



14. Parada Muñoz K, Guapisaca Juca JF, Bueno Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*. 2022;9(2): 77–93.
<https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>.
15. Gan Q, Yu R, Lian Z, Yuan Y, Li Y, Zheng L. *Unraveling the link between hypertension and depression in older adults: a meta-analysis*. *Frontiers in Public Health*. 2023. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1302341>.
16. GBPCG_Depresion.
17. gaitan esteban sanchez, ampudia margarita malpartida. revista medica sinergia.
18. Johnson HM, Shimbo D, Abdalla M, Altieri MM, Bress AP, Carter J, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SG IM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2025;152(11): e114–e218. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001356>.
19. OMS. *Hipertensión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> [Accessed 27th April 2024].
20. Saunders E. *Hypertension in blacks*. *Primary Care - Clinics in Office Practice*. 1991. p. 607–622. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.118.11064>.
21. Azizi-Zeinalhajlou A, Sanaie S, Jahanjoo F, Parsian Z, Sadighi B, Shiri M, et al. High Blood Pressure Associated with Depression, Not Anxiety: Results from the Tabriz



- Older People Survey (TOPS). *International Journal of Aging*. 2024;2: e15.
<https://doi.org/10.34172/ija.2024.e15>.
22. Dialnet-CambiosEvolutivosEnLosAdultosMayoresYEstilosDeVida-9152374.
<https://doi.org/10.23857/pc.v8i8>.
23. Collazos-Perdomo D, Ramirez-Ramos CF, Torres de Galvis MY, Correas-Orozco L, Ramirez-Mendez D, Castilla Agudelo GA, et al. Association between major depression and arterial hypertension in a Colombian population. *Hipertension y Riesgo Vascular*. 2020;37(4): 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.06.002>.
24. Tavera Vilchis MA, Blanco Trejo W. Prevalencia de depresión en adultos mayores adscritos a un programa de atención social a la salud. *Atención Familiar*. 2022;29(3): 186. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.3.82838>.
25. depresion en un hospital de peru 2020.
26. Aguilar Villanueva I. *UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD PRESENTA.*
27. Vicario A, Cerezo GH. *The cognitive-behavioural impact of hypertension*. *Hipertension y Riesgo Vascular*. 2020. p. 125–132.
<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.04.003>.



7. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

N° de registro	Nombre	Apellidos
----------------	--------	-----------

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a):

Le informamos que un equipo multidisciplinar de docentes investigadores y estudiantes de la carrera de Enfermería y Medicina de la Universidad Técnica del Norte, estamos realizando una investigación titulada “Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Mentales en Comunidades pertenecientes a la Cuenca del Río Chota, 2024” con el propósito de identificar los principales factores de riesgo de patologías psiquiátricas frecuentes. Los resultados de esta investigación serán difundidos a través de la publicación de un artículo científico y socializados a los beneficiarios del proyecto.

Por consiguiente, solicito de la manera más comedida y respetuosa, autorice mediante una firma en el presente documento, su participación de forma libre y voluntaria en una entrevista, así como permita fotografiar o filmar hechos u objetos relacionados con la investigación (de ser el caso).

Su participación en el presente estudio no conlleva ningún riesgo y se garantiza que sus aportes tendrán un uso y destino exclusivamente académico y científico. Cabe indicar que, el participante no recibirá ningún beneficio o compensación económica por su contribución. No obstante, los investigadores nos comprometemos a retribuir de la siguiente manera:

- Compartir la publicación científica.

Si una vez iniciado el estudio, usted decidiera interrumpir su participación en la entrevista, entonces debe informar de inmediato al investigador con el fin de cerrar adecuadamente el proceso.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la Dra. Yesenia Acosta Vinuesa C.I. 0401046800 Telf.: 0996948573, email: lyacosta@utn.edu.ec

Estoy de acuerdo: _____

! M F Edad años cumplidos Fecha

Motivo de consulta / diagnóstico

Dirección

Provincia

Comunidad

Grupo étnico	Mestizo	Indígena	Afro	Blanco		
Estado civil	Casado	Soltero	Divorciado	Viudo	Separado	Unión libre
Residencia	Sólo	Con familia	Con amigos	Protegido		
Composición del hogar	Familia nuclear	Familia monoparental	Familia nuclear ampliada	Familia extensa	OTRA	
Escolaridad	Primaria	Secundaria	Superior	Ninguna		
¿A qué se dedica?						
¿Cuánto es su ingreso mensual?	Menor a 460			Mayor a 460		

NOMBRE DEL EVALUADOR :



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Anexo 2: Cuestionario GMHAT

Preséntese por su nombre: Pregunte: ¿Le gustaría responder algunas preguntas para evaluar su salud mental?, dígame al paciente que no se preocupe si algunas preguntas parecen un poco extrañas; algunas no serán aplicables a usted, pero debemos realizar a todo el mundo el mismo tipo de preguntas.

¿Cómo se ha sentido últimamente?, ¿Tiene algún problema? (en caso afirmativo) ¿Hace cuánto tiempo?

Duración# Días Semanas Meses Años

¿Ha tenido alguna vez en el pasado problemas de salud mental?

¿Ha sufrido alguien de su familia, alguna clase de problema mental? ¿cuál? ¿Depresión?

¿Por favor, cuénteme si hay algo en su vida personal o social, incluyendo hogar, trabajo o dinero, que considere estresante; Ha sufrido de alguna forma de trauma o abuso,

Físico Emocional Sexual ?

5 ¿Ha sufrido de: ¿Epilepsia? Sí No

6 ¿Retardo mental?
 ¿Tuvo problemas en el desarrollo?, ejemplo: ¿Se demoró en sentarse, en caminar, hablar o aprender en el colegio (Si la respuesta es positiva), según usted, cuál es la edad mental de él/ella?
 Leve o moderado Severo No

7 ¿Preocupaciones?
 ¿Se preocupa mucho? (si responde afirmativamente):
 ¿Qué tipo de cosas son las que le preocupan?
 ¿Suele preocuparse por el dinero, los problemas familiares, su propia salud o la de otra persona?
 ¿Alguna cosa más le preocupa?
 ¿Qué tanto le preocupa?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

¿Le incomoda mucho esta preocupación, es desagradable, puede dejar de preocuparse?, vuelven a aparecer los pensamientos?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

8 ¿Ansiedad?



4. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)	Horas por día	
	Minutos por día	
	No sabe /no está seguro	
Piense en el tiempo que usted dedicó a CAMINAR en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.		
5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	Días por semana	
	Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 7)	
6. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	Horas por día	
	Minutos por día	
	No sabe /no está seguro	
La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted SENTADO durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que paso sentado ante un escritorio, leyendo, viajando en autobús, o sentado o recostado mirando tele.		
7. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	Horas por día	
	Minutos por día	
	No sabe /no está seguro	

INTERPRETACIÓN

1. Actividad física vigorosa: 8MET x minutos x días por semana	8 x
2. Actividad física moderada: 4 MET x minuto x días por semana	4 x
3. Caminata: 3,3 x minutos x días por semana	3.3 x
TOTAL	

Nivel de actividad física alto	<ul style="list-style-type: none"> Reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, y/o actividades de moderada y/o alta intensidad logrando un mínimo de 3.000 MET-min/semana; O cuando se reporta actividad vigorosa al menos 3 días a la semana alcanzando al menos 1.500 MET-min/semana
Nivel de actividad física moderado	<ul style="list-style-type: none"> Reporte de 3 o más días de actividad vigorosa por al menos 20 minutos diarios; o cuando se reporta 5 o más días de actividad moderada y/o caminata al menos 30 minutos diarios; o cuando se describe 5 o más días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando al menos 600 MET-min/semana
Nivel de actividad física bajo	<ul style="list-style-type: none"> Se define cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada

Ejemplo: 8 MET x 30 minutos x 5 días = 1200 MET (ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Ninguna

PESO:

TALLA:

IMC

PRESION ARTERIAL:

ENCUESTA STEPS

En una semana típica cuántos días usted consume frutas	Número de días
Cuántas porciones de fruta consume en uno de esos días	Número de frutas
En una semana típica cuántos días usted consume verduras y hortalizas	Número de días
Cuántas porciones de verdura y hortaliza consumen en uno de esos días	Número de verduras y hortalizas
En una semana típica cuántos días consume comidas fuera de casa	Número de días
En un día cuántos vasos de agua (200 ml) consume al día	Número de vasos al día

IPAQ	
Piense en todas las actividades VIGOROSAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucha más intensamente que lo normal. Piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.	
1. Durante los últimos 7 días ¿En cuántos realizo actividades físicas vigorosas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	Días por semana:
	Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 3)
2. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)	Horas por día
	Minutos por día
	No sabe /no está seguro
Piense en todas las actividades MODERADAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.	
3. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar a dobles en tenis? No incluya caminar.	Días por semana
	Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 5)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Por ejemplo, ¿alguien cercano a usted murió, rompió alguna relación o cualquier otro tipo de situación

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 0 Sin estrés | <input type="checkbox"/> |
| 1 Estrés en grado leve | <input type="checkbox"/> |
| 2 Estrés en grado moderado | <input type="checkbox"/> |
| 3 Estrés en grado severo | <input type="checkbox"/> |

Trastorno de estrés posttraumático

¿Qué ha pasado después (del evento estresante)? ¿Tiene pesadillas sobre lo que pasó?
 ¿Ha tenido momentos en los que ve lo que sucedió de nuevo, como si estuviera en frente de sus ojos?
 ¿Cómo se siente en situaciones que le recuerdan lo que pasó? ¿Las
 ¿Se ha vuelto más irritable y nervioso desde lo que

- | | |
|------|--------------------------|
| 0 No | <input type="checkbox"/> |
| 1 Si | <input type="checkbox"/> |

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL ENTREVISTADOR	<input type="text"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<input type="text"/>
DIAGNOSTICO PRINCIPAL GMHAT	<input type="text"/>
Fallecimientos familiares cercanos en los últimos 5 años	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TIENE ENFERMEDADES CRÓNICAS	DIAGNOSTICADA SIN TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>
	DIAGNOSTICADA CON TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>
TIENE HIPERTENSION ARTERIAL	DIAGNOSTICADA SIN TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL FÁRMACO	DIAGNOSTICADA CON TRATAMIENTO:
<input type="text"/>	• IECA <input type="checkbox"/>
	• ARA II <input type="checkbox"/>
	• CALCIOANTAGONISTA <input type="checkbox"/>
	• DIURETICOS <input type="checkbox"/>
	• BETABLOQUEADORES <input type="checkbox"/>
	TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO <input type="checkbox"/>

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD :

- ¿Con qué frecuencia visita a profesionales de salud mental?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Menos de una vez por año | <input type="checkbox"/> |
| Una vez al año | <input type="checkbox"/> |
| Cada 6 meses | <input type="checkbox"/> |
| Una vez al mes | <input type="checkbox"/> |
| Cada semana | <input type="checkbox"/> |
| Nunca | <input type="checkbox"/> |

- ¿Qué tipo de tratamientos ha recibido?

- | | |
|------------|--------------------------|
| Medicación | <input type="checkbox"/> |
| Terapia | <input type="checkbox"/> |
| Ambos | <input type="checkbox"/> |



(¿Dónde ha puesto las cosas?)

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

26 **Abuso de alcohol**

¿Le importa que le pregunte sobre sus hábitos con el alcohol (bebida)? ¿Cuánto suele tomar?
 Si se sospecha un consumo excesivo, preguntar:
 ¿Siente un fuerte deseo de tomar alcohol a diario?
 ¿Puede normalmente parar de tomar tras beber una o dos copas?
 ¿Ha aumentado la cantidad que toma durante algún periodo de tiempo?
 ¿Ha sufrido alguna vez síntomas de abstinencia (cuando deja de tomar) como temblores, amnesia, confusión, visiones, convulsiones, etc.?
 ¿Ha abandonado sus aficiones a causa de la bebida?

- 0 No bebe o bebe únicamente de forma social ocasionalmente
- 1 Bebedor social habitual
- 2 Clara evidencia de consumo excesivo con efectos nocivos
- 3 Problema significativo de consumo con dependencia o efectos nocivos a nivel físico o social

27 **Abuso de drogas**

¿Suele consumir drogas (drogas ilegales)?
 Si responde afirmativamente ¿Cuánto consume?
 ¿Sufre algún síntoma de abstinencia?
 ¿Es el abuso de drogas un problema para usted?

- 0 Sin evidencia de consumo de drogas
- 1 Uso ocasional de drogas ilícitas
- 2 Uso frecuente de drogas ilícitas
- 3 Uso significativo de drogas ilícitas con dependencias y complicaciones asociadas

28 **Problemas de personalidad**

¿Ha tenido problemas por su forma/manera de ser?
 ¿Siempre ha sido así?
 ¿Ha continuado esto a lo largo de su vida, sin ir significativamente a mejor o a peor?
 (No incluir los problemas emocionales/psicológicos secundarios a estrés, enfermedad física o mental)

- 0 Sin problemas
- 1 Problemas ocasionales (rasgo de personalidad)
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Problemas frecuentes de grado moderado

¿Le ha causado esto problemas en las relaciones con los demás en el trabajo?
 ¿Es usted una persona con un carácter fuerte?
 (Tener en cuenta cualquier tipo de patrón mal adaptativo, por ejemplo, autolesiones recurrentes, actividades antisociales, etc.)

- 0 No
- 1 Si

29 **Estresantes**

¿Ha pasado por algún tipo de situación estresante antes de que sus problemas comenzaran?



- 0 No evidencia o presencia del síntoma
 - 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
 - 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
 - 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
 - 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
 - 9 No aplicable o no preguntado
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

24 **Desorientación en tiempo**

¿Algunas personas cuando se sienten mal o están disgustadas pierden la noción del tiempo
 Puedo preguntarle ¿Cuál es la fecha de hoy?
 ¿Puede decirme qué día de la semana es?
 (¿Qué mes?) (¿Qué año?)

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
 - 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
 - 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
 - 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
 - 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
 - 9 No aplicable o no preguntado
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Desorientación en el lugar

¿Cuál es el nombre de este lugar?
 ¿Dónde está situado?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
 - 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
 - 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
 - 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
 - 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
 - 9 No aplicable o no preguntado
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Desorientación en persona

¿Me había visto antes?
 ¿Tiene dificultad para reconocer a sus familiares y amigos cercanos?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
 - 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
 - 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
 - 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
 - 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
 - 9 No aplicable o no preguntado
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

25 **Pérdida de memoria**

¿Ha tenido algún problema con la memoria?
 (Si responde afirmativamente:)
 ¿Qué tan grave es esto para usted?
 ¿Últimamente acostumbra a olvidar las cosas?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
 - 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
 - 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
 - 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
 - 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
 - 9 No aplicable o no preguntado
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

¿Qué tipo de cosas?
 ¿Los nombres de sus familiares o amigos cercanos?



- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado
- 19 ¿Últimamente se ha sentido muy feliz sin ninguna razón aparente?
- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado
- 20 **Trastornos del pensamiento**
 ¿Se le mezclan (confunden) sus pensamientos?
 (¿De forma que no los puede organizar?)
 (¿Puede pensar con claridad/orden?)
- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado
- 21 **Trastornos del pensamiento / Ideas de referencia**
 ¿Cree que la gente habla de usted (se ríe de usted)?
 ¿O que la tv/radio/periódicos hablan de usted?
 ¿Tiene otras ideas o creencias inusuales(extrañas)(ej alguien quiere hacerle daño) (Explore si la persona tiene otras ideas delirantes)
 ¿Piensa que esto es cierto o quizás es tan solo algo que usted siente?
 (¿está seguro?)
- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado
- 22 **Síntomas psicóticos / alucinaciones auditivas**
 ¿Ha tenido sensaciones extrañas?
 ¿Oye usted cosas que otras personas no pueden oír?
 (¿Qué es lo que oye?)
 (¿Y voces?)
 (¿Cuándo no hay nadie alrededor?)
 (¿Qué dicen?)
- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado
- 23 **Síntomas psicóticos / alucinaciones visuales**
 ¿Tiene visiones o ve cosas que son invisibles para el resto de la gente?



- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

16 Obsesiones / compulsiones

¿Tiene que comprobar las cosas una y otra vez, por ejemplo, si ha cerrado los grifos, o el gas, ¿o apagado las luces?
Si responde afirmativamente:
¿Lo comprueba, aunque sepa que ya lo ha hecho? ¿Cuántas veces?

¿Se lava mucho las manos? ¿Cuántas veces?
¿Le vienen a la cabeza algunos pensamientos absurdos que no se van cuando intenta librarse de ellos?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

17 Fobias / agorafobia

A veces las personas tienen temores que saben que no tienen ningún sentido, como tener miedo de las multitudes o de salir solo a la calle. ¿Tiene usted estos o cualquier otro miedo? (Agorafobia)

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

Fobias / fobia específica

¿O a estar en una habitación pequeña, o se asusta con algunos tipos de animales, o con las alturas, los lugares oscuros, etc?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

Fobias - Fobia social

¿O ser el centro de la atención, como por ejemplo salir a comer afuera, hablar en público, etc.?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

18 Manía

¿Se ha sentido con demasiada energía (lleno/a de energía) recientemente?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma

--



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

14 Cree que está gordo/a, incluso cuando otras personas le dicen que está demasiado delgado/a?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

¿Está preocupado / a porque no tiene control de la cantidad que come?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

¿Diría que la comida domina su vida?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

¿Se provoca el vómito cuando se encuentra lleno / a?

¿O usa fármacos como laxantes, diuréticos u otros para reducir su llenura?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

SOLO MUJERES:

¿Se ha interrumpido su menstruación?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

15 **Hipocondría**

- ¿Cómo está su salud física?
- ¿Le preocupa su salud o alguna enfermedad?
- ¿Hay algo en relación a su cuerpo que le moleste o le preocupe?
- ¿Tiene algún dolor?
- ¿Hay alguna parte de su cuerpo que no funcione adecuadamente?
- (¿Diría que está en buenas condiciones físicas?)



Ideación suicida actual

¿Sigue pensando de la misma manera?
¿Tiene algún plan para acabar con su vida?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

12

Sueño

¿Ha tenido problemas para dormir recientemente? (Si responde afirmativamente: Si)
¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
¿Se despierta más temprano por las mañanas?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

Apetito

¿Cómo ha estado su apetito?
¿Disfruta lo que come?
¿Ha estado comiendo mucho más o menos de lo habitual?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

Pérdida / ganancia de peso

¿Ha perdido (o ganado) peso durante los últimos tres meses?
¿Cuánto ha sido más o menos?
¿Cuánto en el último mes?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

Libido

¿Ha perdido recientemente interés por el sexo?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

13

Trastornos de alimentación

¿Cuáles son sus hábitos alimenticios?
¿Está EXCESIVAMENTE preocupado/a por comer alimentos que engorden?

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

Falta de energía

¿Se siente agotado/a, exhausto/a y sin energía (para hacer las cosas que quiere hacer)?
 ¿Se siente así la mayor parte de los días?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

Sentimientos de culpa

¿Tiende a echarse la culpa o se siente culpable de algo?
 (¿Se siente en ocasiones inútil?)

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

Retraso / agitación psicomotriz

**Retraso
 Agitación**

¿ha enlentecido sus actividades?
 ¿Se agita en ocasiones?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

Desesperanza

¿Cómo ve el futuro?
 ¿Se siente desesperanzado/a?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado

Ideación suicida reciente

¿Ha sentido que no vale la pena vivir?
 ¿Ha pensado en acabar con todo?
 ¿Ha hecho algo para hacerse daño?

- 0 No evidencia o presencia del síntoma
- 1 Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante
- 2 Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante
- 3 Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante
- 8 Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma
- 9 No aplicable o no preguntado



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

¿Se suele asustar o ponerse nervioso/a? (Si responde afirmativamente:) Si

¿Suele tener / sentir con frecuencia:

- Palpitaciones
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Mariposas, hormigueos, nudo en el estómago, etc.

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

Crisis de pánico

¿Ha tenido ataques de miedo o pánico y ha tenido que hacer algo para que terminen?

¿Puede describir lo que ocurre?

¿Con qué frecuencia tien estas crisis?

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

9 Concentración

¿Cómo está su concentración?

¿Puede concentrarse cuando está hablando con alguien, oyendo radio, viendo televisión o leyendo?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

10 Ánimo depresivo

¿Se ha sentido triste, deprimido recientemente?

¿Ha llorado en algún momento o ha sentido ganas de llorar?

¿Se siente deprimido durante la mayor parte del tiempo o tan solo unas pocas horas cada vez?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input type="checkbox"/> |

11 Pérdida de interés

¿Tiene interés por las cosas?

¿Ha perdido el interés por las cosas?

¿Con qué disfruta recientemente?

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input type="checkbox"/> |



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



Preséntese por su nombre: Pregunte: ¿le gustaría responder algunas preguntas para evaluar su salud mental?, dígame al paciente que no se preocupe si algunas preguntas parecen un poco extrañas; algunas no serán aplicables a usted, pero debemos realizar a todo el mundo el mismo tipo de preguntas.

¿Cómo se ha sentido últimamente?, ¿Tiene algún problema? (en caso afirmativo) ¿Hace cuánto tiempo?

Duración# Días Semanas Meses Años

¿Ha tenido alguna vez en el pasado problemas de salud mental?

¿Ha sufrido alguien de su familia, alguna clase de problema mental? ¿cuál? ¿Depresión?

¿Por favor, cuénteme si hay algo en su vida personal o social, incluyendo hogar, trabajo o dinero, que considere estresante; Ha sufrido de alguna forma de trauma o abuso,

Físico Emocional Sexual ?

5 ¿Ha sufrido de: ¿Epilepsia? Sí No

6 ¿Retardo mental?

¿Tuvo problemas en el desarrollo?, ejemplo: ¿Se demoró en sentarse, en caminar, hablar o aprender en el colegio (Si la respuesta es positiva), según usted, cuál es la edad mental de él/ella?

Leve o moderado Severo No

7 ¿Preocupaciones?

¿Se preocupa mucho? (si responde afirmativamente:)

¿Qué tipo de cosas son las que le preocupan?

¿Suele preocuparse por el dinero, los problemas familiares, su propia salud o la de otra persona?

¿Alguna cosa más le preocupa?

¿Qué tanto le preocupa?

- | | | |
|---|---|---|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y levemente angustiante o incapacitante | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input style="width: 30px;" type="text"/> |

¿Le incomoda mucho esta preocupación, es desagradable, puede dejar de preocuparse?, vuelven a aparecer los pensamientos?

- | | | |
|---|---|---|
| 0 | No evidencia o presencia del síntoma | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 1 | Síntoma presente y levemente angustiante o incapacitante | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 2 | Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 3 | Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 8 | Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma | <input style="width: 30px;" type="text"/> |
| 9 | No aplicable o no preguntado | <input style="width: 30px;" type="text"/> |

8 ¿Ansiedad?



Anexo 3: Recolección de información

