

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN UN HOGAR GERIATRICO DEL MUNICIPIO DE CHÍA
CUNDINAMARCA Y SU RELACIÓN CON PERCEPCION DE FUNCIONALIDAD
FAMILIAR**

**INVESTIGADORAS
Luisa Fernanda Bustos Angulo
Johanna Patricia Sánchez Londoño**

**ASESORES TEMÁTICOS
Mauricio Ulloa Rodríguez
Antonio Baena Rivero**

**ASESOR METODOLÓGICO
John Edwin Feliciano A.**

**UNIVESIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
BOGOTÁ D.C.
2011**

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN UN HOGAR GERIATRICO DEL MUNICIPIO DE CHÍA
CUNDINAMARCA Y SU RELACIÓN CON PERCEPCION DE FUNCIONALIDAD
FAMILIAR**

**LUISA FERNANDA BUSTOS ANGULO
JOHANNA PATRICIA SÁNCHEZ LONDOÑO**

**Trabajo de Grado
Requisito para optar el título de especialista**

**UNIVESIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICIANA FAMILIAR Y COMUNITARIA
BOGOTÁ D.C.
2011**

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. JUSTIFICACION	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION	11
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 ADULTO MAYOR	12
2.2 DEPRESION: CONCEPTO Y GENERALIDADES	13
2.2.1 SINTOMAS PRINCIPALES DE DEPRESION GERIATRICA	15
2.2.2 CLASIFICACION DE DEPRESION	16
2.2.3 TRASTORNOS COGNITIVOS ASOCIADOS	17
2.2.4 SINDROME DE DISFUNCION EJECUTIVA - DEPRESION.....	17
2.2.5 CRITERIOS DIAGNOSTICO DE DEPRESION MAYOR (DSM IV).....	18
2.2.6 DESCRIPCION ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE	19
2.2.7 PROPIEDADES PSICOMETRICAS	21
2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS	23
2.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR	29

2.4.1 APGAR FAMILIAR	30
3. OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4. PROPOSITO	33
5. METODOLOGÍA.....	34
5.1 DISEÑO METODOLÓGICO	34
5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	34
5.3 FUENTES DE INFORMACION	35
5.4 INSTRUMENTOS.....	35
5.5 VARIABLES	35
5.6 CRITERIOS DE INCLUSION	37
5.7 CRITERIOS DE EXCLUSION	37
5.8 CONTROL DE SEGOS.....	37
5.8.1 SEGOS DE INFORMACION.....	38
5.9 PLAN DE ANALISIS.....	38
5.10 ASPECTOS ETICOS.....	39
6. RESULTADOS.....	40
7. DISCUSIÓN.....	45
8. CONCLUSIONES.....	46

9. CRONOGRAMA.....	47
10. PRESUPUESTO	48
11. BIBLIOGRAFÍA.....	49
12. ANEXOS.....	55

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Variables	35
Tabla 2. Características Demográficas	40
Tabla 3. Yesavege	41
Tabla 4. APGAR Familiar	42
Tabla 5. Test Chi Cuadrado.....	43

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Grafica 1.Prevalencia Depresión Basada en Yesavage.....	43
Grafica 2.Yesavage Vrs APGAR Familiar	44

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	56
Anexo 2. Criterios DSM IV Para Depresión Mayor	58
Anexo 3. Apgar Familiar	60
Anexo 4. Consentimiento Informado	61

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el envejecimiento es el cambio más sobresaliente de la estructura de la población mundial y la prolongación de la vida, constituye una gran aspiración del género humano ¹²³.

La prevalencia de depresión reportada en la población mayor de 65 años varía en las diferentes regiones del mundo, tanto que se han descrito frecuencias que oscilan desde 0,4 % en Japón hasta un 35 % en Hong Kong y se estima que se puede presentar en alrededor del 10 % de los ancianos que viven en la comunidad ⁴⁵⁶.

En atención primaria, el reconocimiento de los trastornos depresivos es menor del 50% y solo una pequeña cantidad de estas personas recibirán tratamiento para su trastorno,⁵ lo cual puede ser frecuente entre los adultos mayores, ya que las características de la depresión geriátrica hacen que pase inadvertida, a pesar de que la depresión en la tercera edad suele constituir factor de riesgo suicida, de incremento de la morbilidad y la mortalidad en este grupo poblacional. ⁷

Es importante que el personal de salud, cualquiera que sea su especialidad y el marco donde desempeñe su labor, sea capaz de reconocer la depresión en la tercera edad, puesto que podría comportarse como un factor de riesgo de complicaciones, de pobre adherencia terapéutica y de evolución desfavorable mientras que si es diagnosticada y tratada tempranamente los resultados terapéuticos pueden ser excelentes y menor la posibilidad de recidiva

1. JUSTIFICACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas en los ancianos supone un importante problema de salud comunitaria,⁸ cada vez más apremiante si consideramos que los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población, especialmente en los países desarrollados.⁹ Las causas de esta situación hay que buscarlas, por una parte, en el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro, pero, en muchas ocasiones, las alteraciones psiquiátricas y más concretamente las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, como social y psicológico.¹⁰ De todos los trastornos psiquiátricos del anciano, el más frecuente es la depresión¹¹ que se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas, con un tiempo de duración de al menos dos semanas.¹²

Las depresiones en los ancianos muestran, en muchos casos, características especiales y, en ocasiones, resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presentan. Es habitual que estén más interesados por la evolución de sus síntomas físicos, por otra parte, frecuentes, que por su tristeza o melancolía. Las ideas de culpabilidad, nihilismo y ruina, casi siempre acompañan a su depresión.¹³ Es importante recordar que las depresiones del anciano correctamente tratadas evolucionan favorablemente, especialmente en sus formas más simples; por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con trastornos somáticos, sobre todo de tipo metabólico o cardiovascular, con el consiguiente riesgo vital para el adulto mayor. ¹⁴¹⁵

Por lo tanto, es necesario conocer la prevalencia de depresión en adultos mayores que se encuentran institucionalizados en un hogar geriátrico en el Municipio de Chía Cundinamarca y desde el enfoque de Medicina Familiar y Comunitaria realizar las siguientes preguntas:

¿Por qué es necesario realizar una adecuada identificación de depresión en los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en un Hogar Geriátrico?

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la prevalencia de depresión en adultos mayores de un hogar geriátrico en el municipio de Chía, Cundinamarca y qué relación tiene esta, con la percepción de disfunción familiar?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ADULTO MAYOR

El envejecimiento constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a diferentes niveles: molecular, celular, tisular, y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El celular se caracteriza por una disminución en diferentes procesos como: capacidad metabólica, descontrol en las funciones de proliferación, replicación (se duplican menos) y sobrevivencia, fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticos, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético por la senescencia replicativa; es un proceso continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades.¹⁶

La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive. El envejecimiento genera problemas comunes y retos similares para todos los que envejecen. Anteriormente la sociedad veía al adulto mayor con respeto y veneración, lo premiaba nombrándolo gobernante, pontífice y consejero; hoy, con el surgimiento de la familia nuclear se crean una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión. Ese punto de vista moderno funciona como una profecía que se autopromueve; se considera al anciano de esta forma y ellos adoptan esa visión de sí mismos convirtiéndose en estereotipo legitimado por la sociedad.¹⁷

En Colombia existe una población que sobrepasa los 42'000.000 de personas, de las cuales el 7% (alrededor de 3 millones) es mayor de 60 años. Si desde el 2000-2002, la cantidad de mayores de 60 años se incrementa anualmente en cerca de 80.000 personas, hacia el año 2030 el incremento anual de las mismas será cuatro veces mayor; y en el 2050 los mayores de 60 habrán sobrepasado a los menores de 15 años en cerca de un millón de personas.¹⁸

Para la ciudad de Medellín, en el estudio de Cardona³¹, se observó un aumento de la población adulta mayor (de 65 y más años), enmarcado en el hecho de que esta población en la ciudad en el año 1964 representaba el 3.4%, pasando a un 5.7% en el 2001 (incremento de 168%), así mismo en 1964 existían 8 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, pasando a 21 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en el 2001. Igualmente, el perfil epidemiológico hallado en la población adulta mayor en la ciudad indicó que las principales causas de mortalidad las constituyen las enfermedades crónicas (infarto agudo de miocardio, obstrucción crónica de las vías respiratorias, tumor maligno de los bronquios y los pulmones, diabetes mellitus y bronconeumonía). Otros aspectos que llaman la atención, son la pérdida de poder adquisitivo, de la autonomía, así como el aislamiento al que se expone esta población, haciéndola vulnerable; entendiéndose la vulnerabilidad según Wilches¹⁹ como las características propias del individuo o el colectivo de carácter político, educativo, social, cultural, ideológico, económico o institucional que los exponen en menor o mayor medida a cualquier factor de riesgo de tipo natural, antropológico o tecnológico.

Con respecto a la depresión en adultos mayores, esta afecta en el Reino Unido entre el 10% y el 15% de las personas mayores de 65 años que viven en residencias. Es el más común y reversible problema de enfermedad mental en la vejez. Se encuentra asociada con enfermedades físicas, eventos vitales y acarrea un incremento de suicidios y mortalidad natural²⁰. En el estudio de salud mental en Colombia 2003, las personas de 60-65 años presentaron una prevalencia anual de depresión mayor del 7.1% frente a un 2.4% de todos los grupos poblacionales²¹.

2.2 DEPRESIÓN: CONCEPTO Y GENERALIDADES

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar, la forma en que una persona come y duerme, cómo se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que se piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un

estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, ni es una condición de la cual pueda liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años; sin embargo la mayoría de las personas que padecen de depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado²².

Este término hace referencia a la sensación subjetiva de duración relativamente breve, que con frecuencia acompaña a las decepciones y al estrés vital; la depresión como síntoma constituye un conjunto de emociones disfóricas observadas designando tanto un tipo de humor, como una reacción, o un estado o síndrome²³. El término disfórico es de origen griego y significa malestar; hace referencia a un estado de ánimo displacentero en el que aparecen entremezclados síntomas de depresión, ansiedad e irritabilidad²⁴.

Hay una serie de acontecimientos vitales (jubilación, muerte del cónyuge, muerte de amigos...) que provocan ciertas reacciones disfóricas, es decir, manifestaciones de ansiedad, preocupación y tristeza. Si estas reacciones se intensifican, prolongan en el tiempo y son acompañadas de un mayor número de síntomas constantes en un período dado, la afección se denomina depresión: “Un estado de ánimo que se caracteriza por la profunda y desproporcionada tristeza que sufre el individuo sin que esta se encuentre justificada”²⁵.

Para esta investigación la depresión se comprenderá como la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y con pérdida de interés en las cosas que antes se disfrutaban. Representada en una alteración del afecto y expresada a través del decremento en el rendimiento cognitivo, perceptivo y motor normal, con una duración mínima de dos semanas y que comprometen su funcionalidad²⁶.

A su vez, cualquier sujeto deprimido probablemente presenta un conjunto de signos y síntomas, diferenciándose entre otros, los siguientes²⁷.

- **Sintomatología del estado de ánimo:** El síntoma más característico es la tristeza, constituyendo la queja principal en la mayoría de los pacientes depresivos; pudiéndose presentar de otras formas como nerviosismo, sensación de vacío, y a veces ira; todo ello acompañado de un componente fuerte de ansiedad, tensión, inquietud, que conllevan a una inhibición del entusiasmo y de la capacidad de afrontamiento.

- Sintomatología motivacional y de la conducta: Lo constituyen principalmente la inhibición, la apatía, la indiferencia y en definitiva la anhedonia, el principal síntoma del estado depresivo.
- Sintomatología orgánica: Se encuentran principalmente los trastornos del sueño, que afectan de un 70 a 80% de los sujetos deprimidos en edad avanzada. Otros síntomas son: fatiga, pérdida del apetito, pérdida del peso, disminución del deseo sexual, atonía, hastío, desesperanza, y en general fatiga crónica.

El Manual diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Siquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV TR) utiliza unos criterios clínicos para detectar la depresión, clasificándose, además, en diferentes grupos de acuerdo al número de signos y síntomas y a su duración²⁸.

2.2.1 SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Es importante destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas relacionados con la depresión, tanto a nivel anímico, cognitivo como somático, lo que hace que exista discrepancia respecto de las características distintivas de la depresión en el adulto mayor; sin embargo, existe consenso respecto a diferenciar la depresión de inicio temprano con la depresión de inicio tardío, cuyo primer episodio depresivo ocurre después de los 60 años. En la depresión de inicio tardío, existe menor frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos, alteraciones de la personalidad y mayor presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes), que motivarían el diagnóstico de depresión psicótica. Además, existe mayor asociación con factores de riesgo cardiovascular, motivando el diagnóstico de depresión vascular y presencia de comorbilidad con otras enfermedades médicas (cáncer, dolor crónico, insuficiencia renal crónica, enfermedades del sistema nervioso, infarto agudo al miocardio, entre otras). Es relevante mencionar que los adultos mayores con depresión, presentan frecuentemente polifarmacia, debido tanto a comorbilidades y automedicación, como a mantención de tratamientos no necesarios, lo que puede inducir, potenciar o interferir con el

tratamiento del cuadro depresivo²⁹. Otro elemento particular de la depresión geriátrica es la presencia de síntomas cognitivos, aunque se debe destacar que no todo paciente adulto mayor con depresión presenta alteraciones cognitivas. Se puede distinguir de esta forma, la depresión sin alteración cognitiva, la depresión con síntomas cognitivos asociados (pseudodemencia) presumiblemente reversible posterior al tratamiento, la depresión con alteraciones cognitivas concomitantes y la depresión con disfunción ejecutiva, siendo esta última altamente resistente al tratamiento farmacológico.

Como última distinción con la depresión a edades más tempranas, la depresión en el anciano se asocia con una mayor tendencia a la cronicidad y/o respuesta incompleta o tardía a fármacos con un alto riesgo de recaídas y/o de evolucionar a demencia.

2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

No existe una clasificación específica para los cuadros depresivos en el anciano, por lo que se han de utilizar las construidas para la edad adulta, DSM-IV TR y CIE-10. Aunque numerosos pacientes no cumplen los criterios establecidos en estos manuales de clasificación, el criterio clínico del especialista constituye un elemento fundamental en el diagnóstico de la depresión subclínica, por cuanto es frecuente que estos cuadros afecten significativamente tanto en la funcionalidad y cognición como en el curso de las enfermedades de base, haciendo necesaria su consideración y tratamiento.

Dichas clasificaciones incluyen la depresión mayor, depresión menor, trastorno distímico y trastorno adaptativo (que aunque no es un trastorno depresivo, puede cursar con síntomas depresivos que pueden generar confusión). Autores sostienen y enfatizan la importancia de la existencia de la depresión subsindrómica, que además de la alta frecuencia en el anciano, tienen un riesgo alto de convertir a depresión mayor y se asocia a morbilidad, discapacidad y mayor mortalidad. Más del 50% de los pacientes con formas leves de depresión continúan deprimidos al año³⁰.

2.2.3 TRASTORNOS COGNITIVOS ASOCIADOS

La presencia de trastornos cognitivos en cuadros depresivos es frecuente y contribuye a la pérdida de independencia y autonomía de los pacientes. La entidad de deterioro cognitivo leve (DCL), se halla presente en más del 60% de los pacientes con depresión geriátrica. Investigadores compararon sujetos depresivos sin alteraciones cognitivas con pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado, encontrando similitudes en los patrones neuropsicológicos y de EEG entre los grupos, constituyéndose en una herramienta que discrimina entre estas presentaciones clínicas con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81%³¹. Entre 30 y 40% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan síntomas depresivos o psicóticos³². En la Encuesta Nacional de Salud (2003) se encontró en el grupo 60-69 años una prevalencia de deterioro cognitivo del 6,3% (hombres: 6,9; mujeres: 5,7). En el grupo 70-79 años, una prevalencia total de 18% (hombres: 19,5; mujeres: 16,9). En el caso de los mayores de 80 años, la prevalencia ascendió a 43% (hombre: 42,1; mujeres: 43,5)³³.

2.2.4 SÍNDROME DE DISFUNCIÓN EJECUTIVA-DEPRESIÓN

La función ejecutiva se refiere a la capacidad implicada en la planificación, organización, dirección y evaluación de las conductas en todo momento que permite tomar decisiones, resolver situaciones nuevas, imprevistas y constantemente cambiantes. La base neuroanatómica y fisiológica la constituyen los circuitos frontosubcorticales (conexiones entre el lóbulo frontal y sistema límbico compuesto por núcleos de la base, amígdala entre otras estructuras)³⁴.

El síndrome de disfunción ejecutiva-depresión, se ha conceptualizado como una depresión mayor con importantes disfunciones frontoestriatales y rendimientos cognitivos globales inferiores a sujetos que sólo cursan con depresión, cuyo perfil neuropsicológico contempla en la esfera cognitiva, dificultades en tareas de fluencia

verbal, denominación por confrontación, atención selectiva y alternante, iniciación conductual y control inhibitorio, junto con dificultades en la selección de estrategias adecuadas y presencia de respuestas perseverativas. En la esfera afectiva, se incluyen la lentificación psicomotora y la disminución de interés en actividades habituales y se excluyen los síntomas vegetativos (sueño y apetito). En la esfera funcional se documenta un deterioro en actividades instrumentales de la vida diaria, siendo la pérdida de interés y la lentificación psicomotora los factores que contribuyen en mayor medida a esta disminución.

Se relaciona con este cuadro una pobre respuesta a antidepresivos, tendencia a recaídas y episodios recurrentes, presencia de depresión subsindrómica y peor pronóstico: de ahí la necesidad de generar propuestas terapéuticas y rehabilitadoras no farmacológicas e implementarlas como una alternativa de tratamiento.

2.2.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM IV)

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las mismas dos semanas, y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los siguientes síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
1. Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, reporte subjetivo (ejemplo se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (ejemplo parece lloroso). Nota: en niños o adolescentes, puede ser ánimo irritable.
 2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida o aumento de peso significativos sin estar a dieta (5% del peso en un mes). O disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente auto reproche o culpa por estar enfermo).
 8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. No se debe a afectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo).
- D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de 2 meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

2.2.6 DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

Generalidades

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido; el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación auto administrada; su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano³⁵.

Interpretación

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems.

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

Normal	0-5 puntos
--------	------------

Depresión Leve	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el manejo general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión, ya que nos detecta síntomas depresivos, para poder continuar con la evaluación del paciente y confirmar o no una depresión mayor³⁵.

2.2.7 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Para la versión de 30 ítems los índices psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predictiva (sensibilidad 84 %, especificidad 95 %, para un punto de corte 15; y del 100 % y 80 %, respectivamente, para un punto de corte 11).

La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80 y el 90 % y una especificidad algo menor, entre el 70 y el 80 %, para el punto de corte 6; puntos de corte más altos (10), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad (92 % y 72 %, respectivamente).

En los estudios realizados en España, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte. El aumento del punto de corte produjo, en estos estudios, un pequeño aumento de la especificidad con una pérdida notoria de sensibilidad (por ej., para un punto corte, la

sensibilidad fue del 68 % y la especificidad del 83 %). En general, no está bien establecida su validez para evaluar ni la severidad de la depresión ni los cambios evolutivos o la respuesta al tratamiento³⁵.

Con relación a la aplicación de la escala en el contexto donde se llevó a cabo la investigación, el Grupo de Investigación de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, recientemente realizó un estudio de validación de diferentes escalas y pruebas neuropsicológicas para enfermedades neurodegenerativas, donde se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica en su versión de 15 ítems. Este estudio se realizó en el área metropolitana de Antioquia con 848 personas voluntarias mayores de 50 años. Los resultados están en proceso de publicación.³⁶

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO

¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

La etapa de la tercera edad o adulto mayor, constituye un grupo etario de relevancia para la salud poblacional. Este periodo de edad se caracteriza por un proceso de envejecimiento que ha sido descrito desde la perspectiva biológica, psicológica y social.

La institucionalización del anciano, cualquiera que sea el motivo, se ha llevado a cabo con la finalidad de resolver los problemas derivados de los escasos o nulos recursos económicos, de la falta de apoyo, del abandono, de la marginación social, etc., en el que se encuentra este grupo de personas. Es sabido que el mayor consumo de recursos sanitarios y sociales acontece en esta etapa de la vida, y que la relación que

toda persona tenga con el anciano será de gran ayuda para su integración con la familia y la sociedad. En la tercera edad, al igual que en otros grupos etarios, las Redes Sociales de Apoyo son importantes condicionantes del estado de la Salud de las personas. Se supone que la mala salud es más acentuada y más probable entre aquellos a los que les falta apoyo o carecen de él (Rodríguez, 1995; Barrón, 1996, Buendía, 1994; Montorio, 1994).

Un estudio, realizado en las personas mayores de 65 años de edad en la Zona Metropolitana de Guadalajara (México), mostró que la falta de apoyo, sobre todo por parte del familiar, incrementa aún más el riesgo en la aparición de enfermedad y que las pobres redes de apoyo social acentúan el riesgo de diversos trastornos psicológicos (Pando,1998). Sabemos muy bien que la queja mayor que manifiestan los adultos mayores es la pérdida de roles sociales, y que la dolencia más extendida en esta edad es la depresión, cuyas causas son la separación o la pérdida de objetos, reales o fantaseados, considerados necesarios para satisfacer un deseo (Salvarezza,1993). Por otro lado, los investigadores han señalado repetidamente a la depresión como la psicopatología más frecuente en la población mayor de 65 años (OPS,1992; Ajit y cols.,1997), con cifras de prevalencia reportadas en Inglaterra arriba del 16% (Livingston,1990). En México (Banda,1992), presenta un estudio en adultos mayores en asilos en Monterrey N.L., y al llevar a cabo el examen mental se detectó anormalidad en el 48.6%., en el que la depresión ocupó un lugar predominante. Hernández (1997) en su estudio entre asilados y asistentes al Instituto Nacional de la Senectud, en México, concluyó que la mayor proporción de casos probables de trastorno mental (87,5%) de las personas que viven en los hogares geriátricos, carecen de alguien con quien relacionarse socialmente. Otros estudios indican que la depresión está asociada a un riesgo incrementado de muerte no atribuible a suicidio en algunos adultos mayores o personas de mediana edad con enfermedad. Las poblaciones en que estos hallazgos se han reportado incluyen: estudios de seguimiento por periodos que van desde días hasta años (Murphy,1988; Silverstone,1990), en adultos mayores hospitalizados (Koenig,1989), en pacientes en asilos examinados por un año (Rovner,1991), en ancianos por seis meses después de un infarto de miocardio (Frasure,1993), y ancianos con infarto cerebral seguidos por 10 años (Morris,1993) por mencionar algunos. Ganzini (1997) observó que la presencia de depresión mayor, en los viejos hospitalizados y enfermos, es un factor de riesgo de mortalidad a 30 meses

después del diagnóstico, con un 36% de mortalidad y que la sobrevivida a 4-6 meses estaban en el punto intermedio .del nunca deprimido y del continuamente deprimido.

George (1989) y Terra (1987) observaron que el tamaño de la red de apoyo y el grado de apoyo percibido eran predictores de la incidencia de síntomas depresivos. Forsell (1998) muestra que los sentimientos de ansiedad son asociados fuertemente a alteraciones psiquiátricas, depresión, demencia, género femenino e insatisfacción con redes sociales. Dean y cols (1992) notificaron que el vivir solo se asocia con depresión: que todos los ancianos que vivían solos estaban más deprimidos y de estos los hombres eran los más afectados.

La prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3 % en Estados Unidos, en tanto la prevalencia de los últimos 6 meses en Santiago de Chile alcanza al 5,6%, lo cual es más bajo que para la población general. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos la prevalencia de depresión se eleva hasta un 17-20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos.

Por otra parte, según estudios de seguimiento, la presencia de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico. Entre los ancianos con depresión, entre un 18 y un 57% presenta un síndrome demencial que desaparece una vez que remite el cuadro depresivo. Este tipo particular de “demencia reversible”, o “pseudodemencia depresiva” como también ha sido denominada, se asociaría con un riesgo 4 a 5 veces mayor de presentar demencia irreversible a 34 meses que aquellos que presentan un cuadro depresivo puro. Para complicar un poco más la situación se debe agregar que alrededor de 1/3 de los cuadros demenciales coexisten con depresión. Dado la importancia de esta relación, entre depresión y demencia, especialmente en este grupo etario, será este aspecto en el que profundizaremos algunos conceptos.

En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, se evidencia que la prevalencia de cuadros depresivos es mayor en pacientes hospitalizados e institucionalizados que en personas insertas en la comunidad. Entre 1 y 4% de la población anciana en la comunidad presenta depresión mayor, equivalente a una incidencia de 0-15% por año, mientras que en pacientes hospitalizados este porcentaje aumenta al 10-12% y 12-14% en pacientes institucionalizados. En atención primaria las

cifras de este cuadro, representan el 6-9%³⁷. En cuanto a la depresión menor, la prevalencia en población anciana no institucionalizada es de 4-13% mientras que en hospitalizados, alcanza alrededor de un 30% y en pacientes que residen en instituciones, un 17-35%. En atención primaria, el 6% de los pacientes atendidos presenta depresión menor y un 10% síntomas subclínicos de depresión. En el caso de trastornos distímicos, que hacen referencia a la presencia de síntomas depresivos de menor intensidad en el curso de los últimos 2 años, tienen una prevalencia del 2%.

En Chile, la depresión constituye una de las 21 enfermedades en población adulta prioritarias en salud, estudiada en la última encuesta nacional de salud, en que se estableció una prevalencia de 3,7% de síntomas depresivos en el último mes (hombres: 2; mujeres: 4,9), siendo el porcentaje más elevado en el segmento con escolaridad básica (5,6%), de sujetos sobre los 65 años. En el caso de los síntomas depresivos en el último año, estas cifras ascienden la prevalencia a 13,4% (hombres: 7,2; mujeres: 17,8), encontrándose mayor porcentaje en el grupo de sujetos con escolaridad básica (18,6%).

En un estudio realizado en Chile en atención primaria, con personas en situación de pobreza, se estableció que el 11,1% de 1.023 presentaba depresión³⁸. En otro estudio, se detectó que el 47% (n=52) de los pacientes que acuden a la Unidad del Adulto Mayor por cualquier causa, presentó resultados positivos para depresión³⁹.

Con frecuencia los síntomas depresivos o síndromes depresivos se encuentran presentes en pacientes con trastornos cognitivos tipo demenciantes como la demencia tipo Alzheimer. Diversos autores sostienen que alrededor de un 17% de estos pacientes presentan depresión mayor y un porcentaje aún mayor se ha encontrado en pacientes con demencias subcorticales⁴⁰. Por otra parte, los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo⁴¹ e incluso a demencia⁴² a pocos años del inicio de los trastornos ⁴³⁴⁴. De las depresiones con demencia reversible, cuyos síntomas cognitivos remiten casi completamente después del tratamiento antidepresivo, un 40% desarrolla demencia dentro de los siguientes 3 años⁴⁵. En un estudio de reciente publicación, se encontró un riesgo relativo de conversión a demencia en los pacientes con diagnóstico de pseudodemencia depresiva, constituyéndose así en un robusto predictor de demencia⁴⁶. Estudios sostienen que el inicio de un cuadro de depresión

mayor a 10 años previos al diagnóstico de demencia⁴⁷ y la historia de un episodio depresivo constituye un factor de riesgo para desarrollar enfermedad de Alzheimer⁴⁸.

La población de adultos mayores ha aumentado progresivamente en los últimos años; se considera el año de 1973 en Colombia, como en año clave de la transición demográfica en nuestro país; el crecimiento de la población de ancianos ha duplicado el de la población joven en un periodo de 20 años, haciendo parte del inevitable proceso global de envejecimiento⁴⁹. Según proyecciones dadas por el DANE posterior al CENSO del 2005 en el 2010 se proyectó una población de 3700000 personas mayores de 60 años, siendo un 8,7% de la población⁵⁰.

Dado el aumento en la expectativa de vida global que para Colombia es de 73 años (71 años en hombres y 78 años en las mujeres)⁵¹, el aumento de las morbilidades también ha sido claro. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población mundial y obviamente en nuestro país; en un estudio realizado en Colombia en el 2004 en un poco más 6000 personas se determinó una prevalencia del 9,5 al 10% de depresión⁵², lo que hace una preocupación e los organismos de salud en general por estas cifras, estas cifras también incluyen la población de adultos mayores de 61 años (9.6 -10,9%), que posiblemente esté por debajo de la realidad actual, debido a que se considera hay subdiagnóstico en estas patologías por síntomas no expresados y signos no detectados⁵³⁵⁴.

La depresión en los adultos mayores tiene una alta prevalencia, además produce un gran impacto en la calidad de vida de quien la padece y de sus familias. Aunque no hay muchos estudios que investiguen a fondo este trastorno psiquiátrico en los adultos mayores, quienes lo han hecho describen una prevalencia del 13,5%⁵⁵ y a nivel de Colombia la prevalencia de vida de trastornos depresivos es del 25,2% en mayores de 61 años, según un estudio realizado por la Universidad Nacional⁵⁶ y del 7.7 al 11.9% según un estudio realizado del 2000 al 2001⁵⁷. Dentro de los factores de riesgo se destacan: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, género femenino, demencia y condiciones médicas crónicas, alteración en las actividades diarias instrumentales, estos fueron hallados en un metanálisis (2003) realizado con la combinación de 20 estudios prospectivos con personas de la comunidad de edades entre los 58 y 85 años⁵⁸.

La Universidad del Valle en el 2000 realizó un estudio donde encontró que una de las causas más frecuentes de consulta en adultos mayores es la depresión⁵⁹. También en el 2004 un estudio transversal mostró que los grupos de edad con mayor proporción de personas deprimidas en los 12 meses previos a la encuesta aplicada se encontraban en los rangos de edad de 46 a 60 años y de 61 años o más. Estudios que se realizaron con adultos mayores institucionalizados como en el Canadian Study of Health and Aging (CSHA) y el Amsterdam Groningen Elderly Depression Study (AGED) reportaron factores de riesgo similares a los apreciados en pacientes de la comunidad, entre los que se destacan: dolor, enfermedad cerebrovascular, pobre soporte social, eventos vitales negativos y percepción de un cuidado inadecuado⁶⁰⁶¹⁶².

Muchas veces los síntomas depresivos pasan desapercibidos tanto para quienes los padecen como para quienes los rodean, ya que frecuentemente los ancianos refieren acostumbrarse a estos síntomas y/o tanto ellos como los demás los interpretan como cambios normales de la vejez⁶³. Además de esto, la depresión en ellos no se presenta de la forma clásica que se describe en los jóvenes sino que se ha visto que los ancianos deprimidos muestran menos ánimo triste, más ansiedad y más quejas somáticas; aspectos que se deben tener muy en cuenta en el momento de evaluar los síntomas con los criterios del DSM IV⁶⁴. El pronóstico es generalmente pobre, ya que este trastorno en los ancianos presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades. También se ha encontrado un alto índice de suicidios en personas mayores de 65 años, lo que genera preocupación en generar estrategias de detección y tratamientos oportunos para no llegar a estas situaciones.

Es muy importante tener en cuenta que al determinar iniciar un tratamiento farmacológico en los adultos mayores con depresión, la selección de este debe realizarse de forma individualizada, considerándose sus condiciones médicas asociadas y evaluando cuidadosamente el perfil de efectos adversos e interacciones medicamentosas⁶⁵.

La escala de detección de depresión de Yesavage, es una herramienta útil ya validada en nuestro país en su forma modificada⁶⁶, (que facilita la aplicación a los adultos mayores independientemente de su nivel educativo) para evaluar síntomas depresivos en los adultos mayores, y consecuentemente con su puntuación ya sea para depresión moderada o severa encamina mejor un diagnóstico de esta patología que se puede

confirmar más claramente con los criterios establecidos en el DSM-IV TR, para que con un claro diagnóstico se puedan establecer medidas preventivas y tratamientos oportunos que eviten resultados extremos como los suicidios , que según refiere un artículo cubano se presenta en un 25% en adultos mayores o afecciones en la calidad de vida del paciente y sus familias.

Al evaluar los criterios del DSM-IV TR para el diagnóstico de depresión es importante tener unos puntos claros que se aplican en los adultos mayores. Cuando se hace referencia a Anhedonia, en el anciano es difícil de distinguir de la desesperanza, aclarando que la primera es una disminución marcada de sentir placer o interés por las cosas y la segunda a la dificultad para proyectarse al futuro con éxito y que las cosas mejoren. Con respecto a los cambios en el patrón del sueño es un ítem complicado en ellos, dado en esta etapa de la vida se presentan sin necesidad de que sean secundarios a depresión. La presencia de agitación psicomotora o enlentecimiento esta presenta en los ancianos con depresión, aunque algunos apartes de la literatura mencionan que en este grupo de edad es más frecuente las alteraciones psicomotoras (aunque no ha sido descrito claramente), por lo que generaron un subgrupo clínico al que denominaban “depresión agitada” que se caracterizaba por tristeza, angustia y gran inquietud psicomotora. Los sentimientos de inutilidad o de culpa en el paciente anciano, se tiende a vivir de otra manera, no tanto como la inutilidad o culpa sino el no saber que más pueden hacer o el sentimiento de haber terminado con su tarea en la tierra , por lo que “solo les queda esperar la muerte”. Uno de los criterios que más dificultad genera es el de la disminución de la capacidad de concentración, ya que este también se presenta en los trastornos cognitivos que muchas veces coexisten en estos pacientes, o en la llamada pseudodemencia depresiva, que tiene un mejor pronóstico con un tratamiento adecuado. Dado estos puntos que cambian en el anciano, es de vital importancia tenerlos muy presentes para no llegar al subdiagnóstico de una patología psiquiátrica tan importante como la depresión.

2.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La familia desempeña un papel importante en la generación o prevención de enfermedades, como también en su tratamiento y rehabilitación^{26,27}. Por esto si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social, pueden ser determinantes en la evolución y pronóstico de de las diferentes patologías. Según Díaz, Tabares y colaboradores, a mayor edad se aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar, lo que es aún más acentuado cuando hay una baja escolaridad^{27,28}

Es un percibir en general que la existencia de disfunción familiar aumenta la presencia de depresión en los miembros de la familia; en general los estudios que investigan a cerca de esto se realizan principalmente en adolescentes, pero los datos en adultos mayores son muy escasos. Los adultos mayores al verse relegados, y sintiendo que ya no cumplen una función importante en sus familias, la cual es más acentuada en familias en que conviven muchas generaciones, crean sentimientos de tristeza y de desesperanza, los cuales pueden hacer parte del inicio o de la exacerbación de trastornos depresivos^{27,28}

En un estudio realizado en México donde evalúan la percepción de disfunción familiar por parte de adultos mayores en una zona urbana mostró una asociación estadísticamente significativa entre percepción de disfunción familiar y depresión ²⁸. Estudios similares, no se han realizado en adultos mayores institucionalizados.

2.4.1 APGAR FAMILIAR

El APGAR Familiar es un instrumento diseñado por Smilkstein en 1978, para explorar la función familiar, desde entonces ha sido una herramienta útil en el desempeño de los profesionales que tienen como pacientes a adultos mayores. Este acrónimo hace referencia a los componentes que según su autor determinan la funcionalidad de la familia: A (Adaptability), en situaciones de crisis mide la utilización de los recursos fuera y dentro de la familia para **Adaptarse** a esta nueva situación; P (Partnertship), evalúa la **Participación** de los integrantes de las familias, en la resolución de diferentes

problemas y en división del trabajo en la familia; G (Growth), evalúa la maduración física, emocional y social, por medio del apoyo mutuo que permite enfrentar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia, dada por el **Gradiente de Crecimiento**, de cada uno de sus miembros; A (Affection) mide en **Afecto** entre los diferentes miembros de la familia y la expresión de sus sentimientos; y R (Resolve), mide la capacidad de **Resolver** como comparten el tiempo y dedican diferentes recursos para apoyar a todos los miembros de la familia^{26,28,67,68,69}.

Como se puede visualizar, el APGAR es un instrumento de fácil aplicabilidad que puede direccionar hacia una percepción de disfuncionalidad por parte de algún miembro de la familia, es este caso en el Adulto Mayor, que en caso de encontrarse alguna asociación entre disfunción familiar y depresión, generaría una oportunidad de intervención en beneficio de la salud del anciano y también de su familia.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión mayor y su asociación con la percepción de funcionalidad familiar en los adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico en el municipio de Chía, Cundinamarca.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar población objeto.
- Determinar la prevalencia de trastorno depresivo mayor en la población objeto.
- Evaluar la relación entre la presencia de depresión mayor y percepción de funcionalidad familiar

4. PROPÓSITO

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio se orientaran estrategias de intervención a pacientes con depresión mayor, con el fin de promover un adecuado entorno psicosocial, que sea saludable para el adulto mayor y que contribuyan a orientar programas de prevención sobre el problema estudiado.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Con el fin de describir la prevalencia de depresión en el adulto mayor en un hogar geriátrico se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, el cual fue realizado en los meses de Abril y Mayo del 2011 a los pacientes institucionalizados en el hogar geriátrico “Hogar del Anciano San Rafael” de Chía, Cundinamarca, en el que se explicó el estudio a realizar, informándoles que su participación era completamente voluntaria, que podían retirarse en cualquier momento, sin consecuencias por hacerlo y que no recibirían beneficio económico, más que el aprendizaje obtenido del análisis de los resultados. Una vez dada la información, despejadas las dudas que tuvieron con respecto a esto y firmado el consentimiento informado de participación en el estudio, se les aplicó el Minimental, para determinar presencia de deterioro cognitivo, que en los casos en que se encontró en nivel moderado o severo, quedaron excluidos del estudio, y en quienes no lo presentaron o solo estaba presente en nivel leve, se siguió con la aplicación de un *cuestionario dirigido* por las investigadoras, correspondiente a la escala de depresión geriátrica de Yesavage y APGAR familiar a cada adulto mayor que cumplía con los criterios de inclusión. Para una posterior interpretación de los resultados por parte de las investigadoras que permitió identificar a los adultos mayores con depresión leve o establecida (puntaje mayor a 5), quienes posteriormente fueron evaluados con base a los criterios DSM-IV TR por parte de la Psiquiatra institucional para confirmar en diagnóstico de depresión mayor.

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estará constituida por adultos Mayores institucionalizados en un hogar Geriátrico del municipio de Chía (Cundinamarca), de ambos sexos y todos los estratos socioeconómicos, procedentes de la misma ciudad pero algunos son originarios de diferentes departamentos del país, hay representación de diferentes credos religiosos y políticos. Se tomó la población total de 107 pacientes

institucionalizados, a los cuales se les evaluó criterios de inclusión y exclusión, obteniendo finalmente una población para el estudio de 59 pacientes.

5.3 FUENTES DE INFORMACION

Las fuentes de información usadas para el presente estudio fueron primarias: investigaciones científicas realizadas previamente bajo el rigor metodológico

Fueron utilizadas las siguientes bases de datos: Bireme, British Medical Journal, Center for Disease Control and Prevention CDC, Center for Evidence Based Medicine, Centro Cochrane Iberoamericano, Epidemiologic Perspectives & Innovations, Hinari, JAMA y PubMed

5.4 INSTRUMENTOS

Se utilizaron 2 formatos (Ver Anexo 1 y 3) como método para recolección de información una de ellas la escala de Yesavage para establecer evaluar el estado de ánimo del adulto mayor clasificándolos en depresión leve o depresión establecida, a estos últimos se les realizó una entrevista por parte de una psiquiatra quien teniendo en cuenta los criterios DSM-IV TR confirmó o descartó el diagnóstico de depresión mayor. Así mismo se aplicó el APGAR familiar para evaluar la percepción de la funcionalidad familiar y qué papel juega esta en los pacientes depresivos.

5.5 VARIABLES

Tabla 1. Variables

Dimensión	Variable	Definición operativa	Codificación/Unidad de medida	Naturaleza y nivel de medición
------------------	-----------------	-----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Variable Dependiente	5. Yesavage es una Escala de Depresión Geriátrica, fue especialmente diseñada para evaluar el estado afectivo de los ancianos	Normal 0-5 puntos Depresión Leve 6-9 puntos Depresión establecida 10-15 puntos	Cualitativa	1. Normal 2. depresión leve 3. depresión Establecida.
Variables Independientes	1. Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad	Número de años cumplidos en el momento de ingresar al estudio	Cuantitativa	1. 60 a 65 2. 65 a 70 3. 71 a 75 4. 76 a 80 5. 81 a 85 6. 86 a 90 7. >90
Variable Independiente	2. Genero	Genero al cual pertenece el paciente sea femenino o masculino	Cualitativa	1. femenino 2. masculino
Variable Independiente	3. Tiempo de estancia en hogar geriátrico	Tiempo transcurrido desde el día del ingreso a la institución	Cuantitativa	1. 3 meses a 1 año 2. >1 año a 2 años 3. >2 años a 3 años 4. >3 años a 4 años 5. >4 años
Variable Independiente	4. APGAR familiar es un instrumento diseñado por Smilkstein en 1978, para explorar la función familiar	determinan la funcionalidad de la familia: A (Adaptability), P (Partnership), G (Growth), A (Affection) R (Resolve),	Cualitativa ordinal	1. sin disfunción 2. Con disfunción familiar leve 3. Con disfunción familiar moderada 4. Con disfunción moderada severa

Variable Independiente	6. DSM IV : (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, de las mismas	Evalúa los trastornos mentales en 5 ejes , donde evaluaremos específicamente los trastornos del ánimo dentro de ellos se encuentra la depresión mayor	Cualitativa	1.sin trastorno depresivo mayor 2.con trastorno depresivo mayor
-------------------------------	---	---	-------------	--

5.6 CRITERIOS DE INCLUSION

- Residente del Hogar Geriátrico “Hogar del Anciano San Rafael” de Chía, Cundinamarca
- Tener una edad igual o mayor a 60 años
- Llevar institucionalizado durante un periodo no menor a 3 meses.

5.7 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Deterioro cognitivo moderado o severo
- Que exista alguna barrera en la comunicación (idioma, disartria, alteraciones neurológicas, etc.)
- Que el paciente no desee participar.

5.8 CONTROL DE SESGOS

Los posibles sesgos en los que podría incurrir el estudio son

5.8.1 SEGOS DE INFORMACIÓN

- Por parte del entrevistado , no generar información veraz y adecuada de las preguntas a realizar

5.9 PLAN DE ANALISIS

Los datos se analizaron mediante el programa spss 17 para Windows.

Para el análisis de los resultados se realizó inicialmente un análisis de las condiciones socio demográficas, para caracterizar la población en general, separada por sexo, por grupos de edad, y clasificación de escalas de depresión y APGAR familiar, haciendo una representación porcentual de los mismos.

Posteriormente, teniendo en cuenta que el propósito del presente estudio es observar la prevalencia depresión en adultos mayores con función familiar; se realizó un segundo análisis en donde se cruzaron inicialmente las variables dependientes clasificadas las dos como categóricas, por lo tanto esta asociación se determinó con el estadístico chi cuadrado, aplicando igualmente el test exacto de Fisher dada la muestra pequeña resultante con depresión.

5.10 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación científica ha dado en la historia resultados muy beneficiosos para el progreso de las diferentes disciplinas, por lo que se debe estimular. Los datos de este estudio, servirán como base para el desarrollo de intervenciones de promoción, prevención y seguimiento de los pacientes geriátricos con depresión, buscando minimizar el alto impacto en la salud y calidad de vida de la población. El desarrollo de la propuesta está basado en los principios fundamentales de la ética: respeto **por las personas, justicia y beneficencia**.

De acuerdo a la resolución número 008430 de 1993 de la República de Colombia expedida por el Ministerio de Salud y tal como dicta en el Título II, capítulo 1, artículo 11, esta es una investigación con riesgo mínimo ya que su objetivo es la descripción transversal y no habrá ningún tipo de intervención.

Procedimiento para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

- Se explicó el objetivo del estudio a cada uno de los participantes
- Consentimiento informado a cada uno de los participantes
- Garantizar la divulgación de los datos y remisión de los casos identificados con depresión (a la Psiquiatra institucional y a los médicos tratantes de su respectiva EPS).

6. RESULTADOS

Después de realizar la aplicación de instrumentos se procede a digitar la base de datos con su respectiva codificación en Excel, la cual posteriormente es adaptada en el programa estadístico SPSS, donde se inicia con análisis descriptivo de cada una de las variables.

Con una población total de 107 pacientes quienes viven en el hogar geriátrico, se inició la evaluación de criterios de inclusión y exclusión, de los cuales quedaron excluidos un total de 48 (12 por ser menores de 60 años, 13 por dificultades en la comunicación, 5 por llevar institucionalizados menos de 3 meses y 18 por deterioro cognitivo moderado o severo determinado por Minimental), obteniéndose una población total para el estudio de 59 pacientes.

Tabla 2. Características Demográficas

CARACTERÍSTICA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
GÈNERO	MUJER	39	66.1
	HOMBRES	20	33.9
EDAD	60-65 AÑOS	10	16.9
	66-70 AÑOS	5	8.5
	71-75 AÑOS	2	3.4
	76-80 AÑOS	9	15.3
	81-85 AÑOS	16	27.1
	86-90 AÑOS	12	20.3
	> 90 AÑOS	5	8.5
ESTANCIA	3M – 1 AÑO	10	16.9
	1 – 2 AÑOS	13	22.0
	2 – 3 AÑOS	7	11.9
	3 - 4 AÑOS	6	10.2
	> 4 AÑOS	23	39

Con una muestra total de 59 personas que cumplieron con los criterios de inclusión se pudo determinar que el género femenino fue mayor con 66.1 % (39 mujeres) y el género masculino con un 33,9% (20 hombres). Hubo mayor número de pacientes en las edad comprendida entre 81 a 85 años, con 27.1% y menos número de pacientes entre los 71 y 75 años con 3.4%. La edad mínima fue de 60 años, la edad máxima fue de 95 años, la media para la edad fue de 78.86

En cuanto al número de meses de estancia en el hogar, de cada participante geriátrico, encontramos que el tiempo mínimo de estancia fue de 3 meses y el máximo de 204 meses (17 años), la media del tiempo de estancia fue de 47 meses. Podemos observar que el grupo de mayor estancia en el hogar es el que ha permanecido por 4 años o más con un 39%, seguido del grupo que ha tenido una estancia de 1 a 2 años con el 22%.

Después de establecer los factores socio-demográficos, se describen los resultados de cada uno de los instrumentos y su asociación. Los instrumentos aplicados fueron Escala de Depresión de Yesavage y el APGAR Familiar, el resultado de cada uno de estos instrumentos se describen a continuación:

Tabla 3. Escala de Depresión de Yesavage

INTERPRETACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin Depresión	53	89.8
Depresión Leve	5	8.5
Depresión Establecida	1	1.7

Con la escala de depresión de Yesavage se encontró que el 89.9% de los adultos mayores no presenta depresión, el 8.5% presenta depresión leve y solo el 1,7% presenta depresión establecida.

Tabla 4. APGAR

INTERPRETACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin Dato	1	1.7
Sin Disfunción	34	57.6
Disfunción Leve	12	20.3
Disfunción Moderada	6	10.2
Disfunción Severa	6	10.2

En cuanto al APGAR familiar se encontró que el 57,6% no presenta disfunción familiar, el 20,3% disfunción leve, el 10.2% disfunción moderada y el 10.2% disfunción severa. A un paciente no fue posible aplicarle este instrumento debido a que no tiene familia ni amigos que hagan las veces de esta.

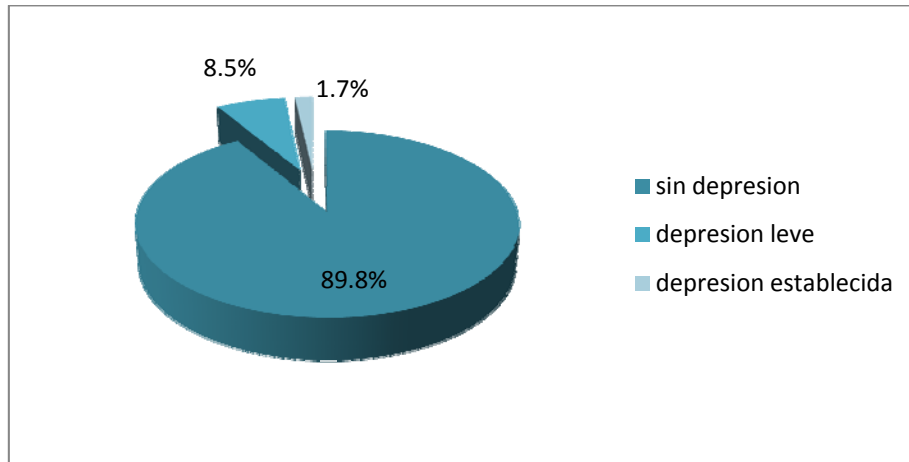
Al asociar cada uno de estos resultados encontramos que en cuanto a la escala de depresión de Yesavage: el único caso de depresión se encuentra entre 71 y 75 años, y los casos de depresión leve están 1 caso en el rango de 66 a 70 años, 3 casos en el rango de 76 a 80 años y 1 entre 85 y 90 años.

No se encontró relación en los datos entre el tiempo de estancia en el hogar y depresión, ya que se encuentran pacientes con depresión en los diferentes grupos de tiempo de estancia ($p 0.033$).

El rango de edad que mayor disfunción familiar presenta es el de los adultos mayores comprendido en edades entre los 86 y 90 años (25%) y el que menor disfunción familiar presenta es el de 71 a 75 años (4,1%).

Dando respuesta a la pregunta de investigación establecida ¿Cuál es la prevalencia de depresión en adultos mayores de un hogar geriátrico en el municipio de Chía, Cundinamarca y qué relación tiene esta con la disfunción familiar? La prevalencia de depresión teniendo en cuenta únicamente los resultados de la aplicación de la escala de depresión de Yesavage fue la siguiente:

Gráfico 1. Prevalencia de Depresión Basada en Yesavage

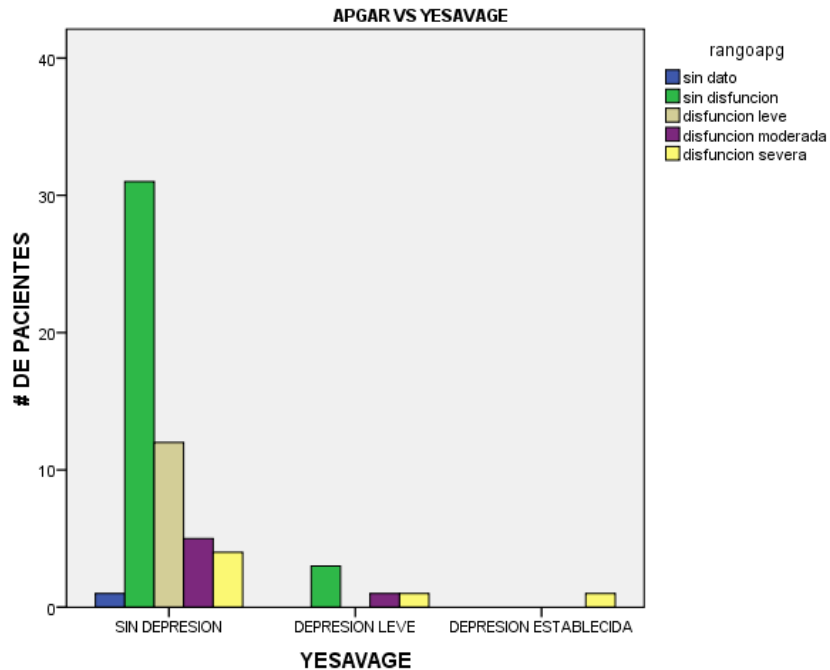


A los pacientes a quienes se les detectó con la escala de depresión de Yesavage depresión leve o establecida se les realizó una entrevista por parte de Psiquiatría, evaluando criterios DSM-IV TR para confirmar o no diagnóstico de depresión mayor. Se confirmó el diagnóstico en 4 de los casos, que actualmente se encuentran en manejo médico; los 2 restantes presentan síntomas depresivos asociados a trastorno afectivo bipolar en 1 de los casos y a depresión reactiva (trastorno de adaptación) en el otro caso.

Tabla 5. Chi Cuadrado Test

	Valor	DF	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Cuadrado	11.433 ^a	8	.178	.210
Likelihood Ratio	8.093	8	.424	.230
Test Exacto de Fisher	11.925			.155
N de casos Válidos	59			

Gráfico 2. Yesavage Vrs APGAR Familiar



Por lo tanto podemos concluir que en este estudio se encontró una prevalencia baja de depresión mayor, siendo del 6,8%. Y no se encontró relación con disfunción familiar ($p = 0.155$).

Limitaciones del Estudio

Debido a que se encontraron muchos criterios de exclusión (explicados anteriormente) en la población a estudio, la muestra obtenida fue pequeña; lo cual no permite extrapolar los resultados a otra población, siendo estos válidos e importantes solo para la población de la institución estudiada.

Por el número reducido de pacientes en la muestra, al aplicar el estadístico chi cuadrado, se requirió aplicar en test exacto de Fisher, ya que este test es el recomendado cuando la muestra es pequeña ($p = 0,155$).

7. DISCUSIÓN

La depresión mayor en adultos mayores es una patología de gran impacto en la actualidad, dado el gran aumento de la expectativa de vida a nivel mundial y las comorbilidades crónicas que esto conlleva. Por esto es importante hacer diagnóstico oportunos, que generen tratamientos adecuados e intervención en los factores de riesgo desencadenantes y perpetuadores de la depresión mayor en una población tan vulnerable como esta. Por esta razón desde la medicina familiar nos ha llamado la atención hacer una evaluación de estos aspectos en pacientes que están institucionalizados, en quienes hay menos estudios y conocimiento sobre esta patología y factores asociados. Esta investigación aunque no tiene validez externa, por en tamaño y características de la población incluida si ha generado resultados de gran importancia para la institución, tales como la detección de casos de deterioro cognitivo y de disfunción familiar que eran desconocidos para el personal de dicha institución y obviamente de depresión mayor. Aunque la prevalencia de depresión mayor en esta institución fue del 6,8%, inferior a la encontrada en la literatura, este hallazgo no puede evaluarse como bajo, ya que estudios de depresión mayor en adultos mayores institucionalizados en comunidades similares son muy escasos y no es posible hacer comparaciones. El tamaño de la muestra no permite establecer relación entre depresión y disfunción familiar, pero si nos abre las puertas a desarrollar estudios de similares propiedades en poblaciones con mayor número de participantes y de diferentes características para poder determinar no solo relación sino también posibles asociaciones entre estas y otras variables que generan estrategias de prevención e intervención en la población en general.

8. COLCLUSIONES

El presente estudio arrojó datos importantes para la población estudiada tales como detección de deterioros cognitivos desconocidos por la institución donde viven estos adultos mayores, detección de 4 casos de depresión. Dado que solo se encontraron 4 casos de depresión mayor y estos en su mayoría no tenían percepción de disfunción familiar no es posible establecer relación entre depresión y disfunción familiar. Quizás para poder extrapolar estos resultados a la población en general será necesario realizar estudios en diferentes hogares geriátricos, con diferentes características en la población y mayor número de participantes.

9. CRONOGRAMA

Actividad	Responsable	Duración	Resultado
Elaboración Protocolo Investigación	Luisa Bustos Johanna Sánchez	15 días	Propuesta de Esquema de trabajo
Capacitación y unificación de conceptos para aplicación de pruebas	Luisa Bustos Johanna Sánchez	2 Dias	Estanderización de conceptos de aplicación
Aplicación y evaluación de pruebas	Luisa Bustos Johanna Sánchez	1 MES	Toma de pruebas y examen fisico
Recopilación y organización de la Información	Luisa Bustos Johanna Sánchez	7 días	Revisión de información
Procesamiento de datos	Luisa Bustos Johanna Sánchez	10 días	Cruces de variables y obtención de resultados estadísticos
Análisis de la información	Luisa Bustos Johanna Sánchez	10 Dias	Obtener conclusiones con respecto a la relación existente entre las variables evaluadas
Elaboración Documento de informe	Luisa Bustos Johanna Sánchez	7 Dias	Documento de soporte del trabajo
Elaboración Presentación de datos del informe	Luisa Bustos Johanna Sánchez	5 Dias	Presentación de resultados del informe
Entrega de Resultados	Luisa Bustos Johanna Sánchez	60 días	Socialización de resultados
Elaboración Artículo Para publicación	Luisa Bustos Johanna Sánchez	10 días	Artículo de divulgación de la publicación
Publicación de Resultados	Luisa Bustos Johanna Sánchez		Artículo de divulgación

10. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO			
RECURSOS	NUMERO DE HORAS ASIGNADAS	COSTO POR HORA	COSTO TOTAL
INVESTIGADOR PRINCIPAL	200	40000	\$ 8.000.000
ESTADISTICO	40	45000	\$ 1.800.000
APOYO LOGISTICO	100	8500	\$ 850.000
SUBTOTAL			\$ 10.650.000
MATERIALES	NUMERO	COSTO	COSTO TOTAL
PAPELERIA	200	100	\$ 20.000
IMPRESIÓN	50	500	\$ 25.000
SUBTOTAL			\$ 45.000
TECNOLOGICO	EQUIPOS	COSTO	COSTO TOTAL
COMPUTADOR PARA PROCESAMIENTO DE INFORMACION	1	1500000	\$ 1.500.000
DISEÑO BASE DE DATOS	1	500000	\$ 500.000
SUBTOTAL		2000000	\$ 2.000.000
TOTAL			12.695.000

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Zarzosa MC. Sabemos Que Significa Envejecer? Geriatrika 2006; 22 (2): p 55-59.
2. Vega García E .et all. Atención Al Adulto Mayor. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas VI, 2001.p.166-201.
3. Rodríguez, Cabrera A. Repercusiones Del Envejecimiento De La Población Cubana En El Sector Salud. Ciudad de La Habana Rev Cub Salud Pública 2006; 32 (2).
4. Beekman ATF, Copeland JRM, Review of COMMUNITY PREVALENCE OF DEPRESSION IN LATER LIFE. Br J Psychiatry. 1999;174:307-11.
5. Galicia E. Grupo De Trabajo Sobre El Manejo De La Depresión Mayor En El Adulto. Guía Práctica Clínica Sobre El Manejo De La Depresión Mayor En El Adulto Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008
6. Martínez V, Esquivel V, Velasco RM. Prevalencia De Depresión Y Factores De Riesgo En El Adulto Mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45 (1):21-8.
7. Ramírez LG, Santibáñez LPE, Cabrera PE, Santibáñez EM, Depresión: Mal Del Siglo ¿Qué Puede Hacer Un Adulto Mayor: Tomar Prozac O Prevenir? México: Ed. Tonocontinuo; 2003.
8. Pasker P, Thomas JP, Ashley JS. The mentally ill-whose responsibility? Br Med J 1976;17:164-6.
9. Litvak J. The aging of the population: a challenge that goes beyond the year 2000. Bol Of Sanit Panam 1990;109:1-5.
10. López-Ibor JM. Saber envejecer. Madrid: Temas de hoy, 1990:149-179.
11. Banerjee S, Macdonald A. Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. Br J Psychiatr 1996;168:750-6.

12. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de psiquiatría. Barcelona: Salvat 1983:201-213, 788-820.
13. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriatria II. Madrid: Idepsa 1992:69-72.
14. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriatria I. Madrid: Idepsa 1991:20-6.
15. Flórez JA. Envejecimiento, personalidad y deterioro cognitivo. Barcelona: Edika Med 1997:4-15.
16. Villanueva LA. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Envejecer nos toca a todos. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica; . Vol.3, N°3, 2003.
17. Tavares de A,J. Derechos de los ancianos y fortalecimiento de su poder. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (publicación científica, 546). Citado por: Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos toca a todos. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica; 2003.
18. Confederación Colombiana de Organizaciones No Gubernamentales y Asociación Interdisciplinaria de Gerontología - AIG de Colombia. Agenda sobre envejecimiento Colombia siglo XXI. Bogotá: OPS; 2002. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://envejecimiento.gov.co/agenda_envejecimiento_col.pdf. Consulta: 26 de agosto 2004
19. Wilches G., caída y levantada de Felipe Pinillo, mecánico y soldado o voy a correr el riesgo. En: Guía de la red local para la gestión del riesgo: modulo para la capacitación versión 1.0. Bogotá: La Red; 1998.
20. Zarragoltia, A. La depresión en la tercera edad. Revista Electrónica de Geriatria y Gerontología 2003. 5 (2): 1-21. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>. Consulta: 27 de septiembre de 2004.
21. Fundación FES social. Op.cit., p.36.
22. Strock M. Depression. Instituto Nacional para la Salud Mental. Washington, 2004.
23. Saburido X, Sexto M. Depresión y su repercusión clínica en la vejez. Geriatrika 1999; 15 (6): 41-44.

24. Farre J, Laceras P, Casa J. Enciclopedia de Psicología Tomo 4: Diccionario de Psicología. Barcelona: Océano; 2003.
25. Saburido X, Sexto M. Op.cit., p.42.
26. Galvanovskis A, Villar E. Op.cit., p.382.
27. Saburido X, Sexto M. Op.cit., p.43.
28. Widger T, Frances A, Pincus H, Coover N, Barlow D, Campbell M et al. DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington D.C: American Psychiatric Association; 1994.
29. Arranz L, Pérez F, Petidier R. Depresión en el anciano ¿Otra epidemia del siglo XXI? Capítulo II. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Natural Ediciones, 2008.
30. Lyness JM. Naturalistic outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:249-56.
31. Brassens S, Braus DF, Weber-Fahr W, Tost H, Moritz S, Adler G. Late-onset depression with mild cognitive deficits: electrophysiological evidences for a preclinical dementia syndrome. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;18:271-7.
32. Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989;146:577-89.
33. Encuesta Nacional de Salud 2003. Ministerio de Salud de Chile.
34. Artigas, J. (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Revista de Neurología*, 34 (Supl. 1), 7 – 13.
35. Descripción de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.Bipfaes.faes.es/faes/bipfaes/test/documentación_test/043.doc. Consulta: 10 de octubre 2004, p.1-3.
36. Aguirre C. Validación de escalas y pruebas neuropsicológicas para enfermedades neurodegenerativas en una población Colombiana. Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia. *Rev. chil. neuropsicol.* 2010; 5(3): 214-226

37. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol Med Sci* 2003;56A:249-65.
38. Díaz V, Díaz I, Rojas G, Nowogrodsky R. Evaluación geriátrica en la atención primaria. *Rev Méd Chile* 2003;131:895-901.
39. Hoyl T, Valenzuela E, Marin PP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Méd Chile* 2000;128:1199-204.
40. Sobin C, Sackeim HA. Psychomotor symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 1997;154:4-7.
41. Yaffe K, Blackwell T, Gore R, Sands L, Reus V, Browner WS. Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly women. A prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:425-30.
42. Devanand DP, Sano M, Tang MX, Taylor S, Gurland BJ, Wilder D et al. Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:175-82.
43. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, GS, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study. *Am J Psychiatry* 1993;150:1693-9.
44. Kral VA, Emery OB. Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *Can J Psychiatry* 1989;34:445-6.
45. Alexopoulos GS, Young RC, Abrams RC, Meyers B, Shamoian CA. Chronicity and relapse in geriatric depression. *Biol Psychiatry* 1989;26:551-64.
46. Sáez-Fonseca JA, Lee L, Walter Z. Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly. *J Affect Disord* 2007;101:123-9.
47. Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:776-81.

48. Van Duijn CM, Clayton DG, Chandra V, Graves AB, Heyman A, Jorm AF et al. Interaction between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies. *Genet Epidemiol* 1994;11:539-51
49. Jaramillo I. La Tercera Edad En Colombia. Ley 100 De 1993 Oportunidades Y Amenazas. Presentación en el Simposio Internacional Envejecimiento Competente, Retiro y Seguridad Social. Bogotá junio de 1999.
50. DANE. Boletín De Prensa CENSO 2005. Estudios demográficos del DANE revelan que la población colombiana entre el 2005 y 2010 crecerá a una tasa media anual de 1.18%, lo que significa que al terminar el quinquenio Colombia tendrá una población de 45.508.205.
51. http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html
52. Gómez C, Bohórquez A, Pinto D, Gil JFA, RondónM, Díaz- N. Prevalencia De Depresión Y Factores Asociados Con Ella En La Población Colombiana. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(6):378–86.
53. Devesa, E. Fisiología del envejecimiento: En Devesa, E. Geriatria y Gerontología. La Habana. Editorial Científico-Técnica. 1992.
54. Ramón F, Guridi M, Medina A. Dorta Z. Comportamiento De La Depresión En El Adulto Mayor. 01 de noviembre de 2007. www.psicologiacientifica.com
55. Martha L. Bruce, Ph.D., M.P.H., Gail J. McAvay, Ph.D., M.S. et al. Major Depression in Elderly Home Health Care Patients. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1367–1374.
56. Peña D. Herazo D. Calvo M. Depresión en Ancianos. *Rev. fac. med. unal* vol. 57 no. 4 Bogotá Oct./Dic. 2009.
57. Torres Y. Epidemiología De Los Trastornos Psiquiátricos - Estudio Nacional Colombia. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000.
58. Cole MG. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 1147-1156.
59. Reyes CA, Moreno CH. Diagnósticos más frecuentes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Universitario del Valle. *Colomb Med*. 2000; 31(4): 153-157.

60. Dejrknes JK. Prevalence And Predictors Of Depression In Populations Of Elderly: A Review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113: 372-387.
61. Jongenelis K. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord.* 2004; 83: 135-42.
62. Ostbye T. Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: The Canadian Study of Health and Aging. *Chronic Dis Can.* 2005; 26: 93-99.
63. Cruz A. (1992). *Psicología del envejecimiento.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.
64. McCusker J. The prevalence and correlates of Major and Minor depression in Older Medical inpatients. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53: 1344-1353.
65. Santander J. *Depresión en el Adulto Mayor: Abordaje Diagnóstico.* Medwave Edición 2005.
66. Bacca A. González A. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión colombianos, *Pensamiento Psicológico*, pontificia universidad Javeriana Vol. 1, Núm. 4, Enero-junio, 2005, pp. 53-63.
67. Díaz O., Soler M., García M, El APGAR Familiar en Ancianos Convivientes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14(6):548-53.
68. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9.
69. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6): 289-96.

ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

(Versión abreviada o reducida)

ITEM	PREGUNTA A REALIZAR	1 punto si:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
10	¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	SI
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
13	¿Se siente lleno de energía?	NO

14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
15	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	SI

Puntuación Total

0-5: Normal

6-9: Depresión leve

>10: Depresión establecida

ANEXO 2. CRITERIOS DSM IV DEPRESIÓN MAYOR

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

ANEXO 3. APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades-					
Me satisface como mi familia expresa el afecto y responde a mis emociones de rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.					
Usted tiene algún amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Me satisface el soporte que recibo de mis amigos y amigas.					

Nunca = 0

Casi Nunca = 1

Algunas Veces = 2

18-20: Normal

14-17: Disfunción Familiar Leve

10-13: Disfunción Familiar Moderada

Casi Siempre = 3
Siempre =4

≤ 9 : Disfunción Familiar Severa

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con Cédula de Ciudadanía número _____ expedida en _____, he sido informado que el Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de La Sabana, realizará un trabajo de investigación titulado **“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UN HOGAR GERIÁTRICO DEL MUNICIPIO DE CHÍA, CUNDINAMARCA Y SU ASOCIACIÓN CON PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR”**, en el cuál se me realizarán unas preguntas y una entrevista.

Libremente acepto participar en este estudio, contestar a las preguntas y participar en la entrevista, para lo cual me han explicado la metodología del estudio, los alcances y los beneficios del mismo. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo rehusarme a la participación en este estudio y retirarme voluntariamente en cualquier momento, sin que esto me genere ningún tipo de consecuencia.

Comprendo que participar en este estudio conlleva un riesgo mínimo, no obtendré ningún beneficio económico y el beneficio será el conocimiento obtenido por el análisis de los resultados del mismo.

Los datos obtenidos en las entrevistas y los instrumentos aplicados, serán manejados con privacidad y confidencialidad, teniendo acceso a estos los investigadores y el Hogar del Anciano “San Rafael” con fines clínicos y los de esta investigación.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda y se me han aclarado, y se me ha informado que si en el futuro tengo otra duda sobre el estudio podré obtener información por parte del programa de Medicina Familiar y Comunitaria.

NOMBRE
C.C.
FECHA

Testigo 1:
C.C.
Dirección:
Teléfono:
Relación:

Testigo 2:
C.C.
Dirección:
Teléfono:
Relación: