

7

**SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON IMPORTANCIA CLÍNICA EN ADULTOS  
MAYORES EN ASILOS PÚBLICOS DE CARTAGENA**

**PIEDAD PÉREZ CÉSPEDES**

**Investigadora Principal**

**LUZ ELENA ÁLVAREZ**

**NOREIDIS CANOLES**

**CLAUDIA CARABALLO**

**JULIA LARA**

**EDGAR MORA**

**Coinvestigadores**

**ROSANA LÓPEZ SALEME**

**Asesora Metodológica**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PROYECTO DE INVESTIGACION II  
CARTAGENA, BOLÍVAR**

**2006**

BS  
I 618.76  
P438

2

**SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON IMPORTANCIA CLÍNICA EN ADULTOS  
MAYORES EN ASILOS PÚBLICOS DE CARTAGENA**

**PIEDAD PEREZ CESPEDES**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

590 \ **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN II**

**CARTAGENA, BOLÍVAR**

**2006**

Transtornos mentales  
Depresión mental

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN  
FORMA DE ADQUISICIÓN  
Compra \_\_\_\_\_ Daránán  Conje \_\_\_\_\_ U. de C. \_\_\_\_\_  
Precio \$ 10.000 Proveedor \_\_\_\_\_  
No. de Acceso 108814 No. de ej. \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso: DD 27 MM 06 AA 07

**CONTENIDO**

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	4
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>II. METODOLOGÍA</b>	10
<b>III. RESULTADOS</b>	13
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	16
<b>V. RECOMENDACIÓN</b>	19
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	21
<b>ANEXOS</b>	25

## RESUMEN

Los trastornos depresivos son entidades clínicas que se caracterizan por la recurrencia y remisión de síntomas consistentes en disminución marcada del interés, cansancio o pérdida de energía, sentimiento de desesperanza, Agitación o entretimiento psicomotor, entre otros. El episodio depresivo mayor que se presenta en adultos mayores puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60-65 años o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se asocian a una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos en forma clara y otros comprendidos de manera incompleta.

El pronóstico del trastorno depresivo mayor es positivo cuando se identifica claramente y se brinda un manejo integral durante un tiempo prudente, sin duda, se alcanzan mejores resultados cuando el adulto mayor vive en comunidad con otros familiares y goza de un adecuado apoyo social lo mismo que no sucede con ancianos institucionalizados en asilos.

El objetivo general del estudio fue establecer la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica en los adultos mayores de asilos sin ánimo de lucro de Cartagena.

Se realizó un estudio transversal en asilos sin ánimo de lucro (San Pedro Claver, San Antonio, San José de las misioneras de la caridad Madre Teresa de Calcuta y la Fundación San José) durante el segundo período del año 2006. Los síntomas depresivos con importancia clínica se identificaron con la escala de Yesavage para depresión geriátrica (punto de corte de seis). Los factores de confusión se controlaron mediante un modelo de regresión logística.

De los 203 adultos mayores de 60 años residentes en estas instituciones, 91 participaron en el presente estudio (44.8%). La edad promedio fue 76.5% (DE = 8.8), 67% varones, 53.9% solteros, 50.5% procedentes de Cartagena, 59.3% presentaba alguna enfermedad médica diagnosticada y el 62.6% no recibía ningún tratamiento farmacológico. El 53.9% de los adultos mayores informaron síntomas depresivos con importancia clínica y éstos se asociaron a sexo femenino (OR = 2.66; IC95% 1.04-6.79,  $p = 0.041$ ).

Se concluye que los síntomas depresivos con importancia clínica son altamente prevalentes en adultos mayores en instituciones asilares sin ánimo de lucro y se observan con más frecuencia en mujeres. Es necesario realizar investigaciones con poblaciones más grandes para corroborar estos hallazgos.

## I. INTRODUCCION

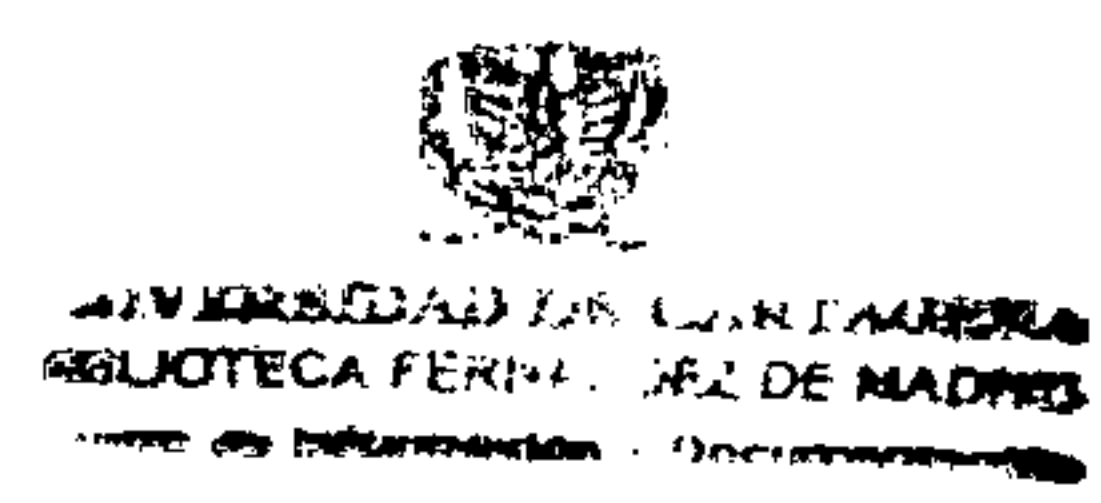
La depresión es una alteración del estado de ánimo que según el DSM-IV se caracteriza por la pérdida del interés y/o del placer en casi todas las actividades que venia realizando el individuo y que toma en cuenta que dichas manifestaciones estén presentes por al menos dos semanas; los síntomas depresivos producen disfuncionalidad marcada en las personas que la padecen, en esta caso en los adultos mayores; entendiéndose por este como aquel individuo en el que se presenta un deterioro de la reserva homeostática de cada sistema orgánico, con un déficit gradual desde el punto de vista físico, psicológico, sexual y consecuentemente con detrimento en el aporte económico<sup>1</sup>, lo que le induce a sentirse en todo momento frustrado, defraudado y despreciado.

En el ciclo vital, el hombre atraviesa por una serie de etapas evolutivas siendo el envejecimiento una de estas en la cual se presentan cambios como el deterioro físico (pérdida de peso, alteraciones del apetito, alteraciones del sueño, trastornos funcionales orgánicos, retardo psicomotor), mentales (déficit cognoscitivo, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, ideas delirantes y de suicidio) y alteraciones sociales (constitución de pareja, viudez, hijos, empleo, jubilación.) lo cual trae como consecuencia variaciones en el estado de ánimo como tristeza, desesperanza, aislamiento, baja autoestima, sentimiento de culpa entre otros; que con llevan a la depresión<sup>2</sup>.

Además de los factores físicos y psicosociales previamente señalados; una serie de cambios en el SNC propios del envejecimiento favorece la predisposición a la depresión, como la disminución de neuronas en regiones específicas (sistema

<sup>1</sup> <http://cbs.xoc.uam.mx/3rafase/adulto.htm>

<sup>2</sup> RAFFENS PERGER, Ellen Baily. ZUSY, Mary Lloyd y cols. Depresión. Manual de enfermería. Ed océano centrum. 1997; 427-429.



límbico) decremento de neurotransmisores, incremento de catabolía por el aumento de la monoaminooxidasa (MAO) cerebral<sup>3</sup>, que es una enzima que normalmente en los ancianos se encuentra aumentada, degradando a la dopamina que es uno de los neurotransmisores que intervienen en el ciclo circadiano de la persona.

Respecto a las alteraciones sociales, el trabajo, para ellos es un símbolo de utilidad en la sociedad en la cual se vive, por esta razón cree que ya no es útil a la comunidad, acostumbrado a levantarse cuando suena el despertador para relacionarse con sus compañeros de trabajo y tener una vida de margen de su propia familia, ahora no es capaz de orientar su vida y se siente invadido por una emoción nueva<sup>4</sup>.

De igual manera la jubilación es uno de los factores que conlleva a este trastorno depresivo, y la enfermera puede ayudar al anciano y a la familia a prepararse para esto, planificando con ellos varias áreas claves, entre las que se encuentran las relaciones con el cónyuge y los hijos, actividades que reemplacen al trabajo, adaptación y reconstrucción de estructuras sociales, temas relacionados con los ingresos y con la promoción y el mantenimiento de la salud, así como planificaciones a largo plazo como los testamentos y las directrices avanzadas<sup>5</sup>.

Los síntomas y los trastornos depresivos modifican la calidad de vida personal del adulto mayor<sup>6</sup> y las necesidades de este aumentan, las cuales no pueden satisfacerse por completo, las quejas y el aspecto de un enfermo de edad avanzada con síntomas depresivos, suelen ser muy diferentes de los que se encuentran en personas jóvenes con la misma clase de problema, los adultos mayores no se quejan directamente de depresión o de cambios en el estado de

---

<sup>3</sup> SOSA ORTIZ, Ana Luisa. Depresión en geriatría. Mc Graw Hill Interamericana. P 216 - 220

<sup>4</sup> La depresión en el anciano: un reto para la salud mental de Colombia. Rev. Nueva Colombia. 2004.

<sup>5</sup> Depresión del anciano. WWW.Google.com.co.

<sup>6</sup> BRUNNER. Enfermería. Médicoquirúrgica. MC Graw Hill Interamericana. P 153

animo, sino de síntomas somáticos o cognoscitivos<sup>7</sup>. Además de esto la depresión puede ir acompañada de:

- ⊗ Humor depresivo la mayor parte del día, prácticamente todos los días, indicado por la impresión subjetiva del paciente u observaciones hechas por otros.
- ⊗ Disminución marcada del interés o el placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día, prácticamente todos los días.
- ⊗ Pérdida significativa de peso en ausencia de dieta o ganancia de peso, disminución o aumento del apetito prácticamente todo los días.
- ⊗ Agitación o enlentecimiento psicomotor prácticamente todos los días.
- ⊗ Cansancio o pérdida de energía prácticamente todo los días.
- ⊗ Sentimiento de desesperanza o culpa excesiva o inapropiada prácticamente todos los días.
- ⊗ Disminución de la capacidad de pensamiento o concentración o indecisión, prácticamente todo los días.
- ⊗ Pensamientos de muerte, ideas recurrentes de suicidio, sin un plan específico o intento de suicidio<sup>8</sup>.

La enfermera dedicada al cuidado del adulto mayor debe ser capaz de reconocer con exactitud los síntomas y comportamientos que la caracterizan, que no son consecuencia normal del proceso de envejecimiento y asumir la iniciativa de introducir al adulto mayor en actividades que ayuden a mejorar el estado de ánimo y le motiven a una mayor actividad física y social participando en conversaciones y actividades cotidianas de la familia<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> R, Joshua. La depresión en los ancianos. Tribuna Médica. 97(2). P. 59 - 71 Febrero 1998.

<sup>8</sup> MATILLA MORA, Rosa. Depresión en el anciano.

<sup>9</sup> BRUNNER. Op cit.



La enfermera dedicada al cuidado del adulto mayor debe ser capaz de reconocer con exactitud los síntomas y comportamientos que la caracterizan, que no son consecuencia normal del proceso de envejecimiento y asumir la iniciativa de introducir al adulto mayor en actividades que ayuden a mejorar el estado de ánimo y le motiven a una mayor actividad física y social participando en conversaciones y actividades cotidianas de la familia<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> BRUNNER. Op cit.

## II. METODOLOGIA

El presente es un estudio transversal realizado con adultos mayores de 60 años de edad de ambos sexos institucionalizados en los asilos sin ánimo de lucro de la ciudad de Cartagena: Asilo San Pedro Claver, Asilo San Antonio, Asilo hogar san José Misioneras de la Caridad Madre Teresa de Calcuta y la Fundación Hogar Asilo San José en el año 2006.

La presente investigación se rige según la resolución N° 008430 de 1993 capítulo 1 artículo 5, 6, 8, 14, 15 y 16 en la cual queda claro que toda la información obtenida será confidencial y sólo será manejada por el grupo investigador salvo que la ley lo requiera. Las personas que participen en dicha investigación podrán retirarse, sin dar explicaciones ni tendrá implicaciones legales por tal motivo<sup>11</sup>.

Se invitó a participar a los adultos mayores institucionalizados en instituciones antes anotadas. Se incluyeron los mayores de 60 años, sin trastorno mental diagnosticado (enfermedad de Alzheimer, esquizofrenia, etc.) y que aceptaron participar voluntariamente. Se excluyeron a quienes presentaban limitaciones auditivas y los que tenían menos de 60 años.

Se diseñó un cuestionario en que se investigaban las características sociodemográficas más relevantes e, igualmente, incluía la versión corta de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (EDG) que es un instrumento de fácil aplicación y que requiere pocos minutos para ser diligenciado, lo cual evita el cansancio del evaluado<sup>12,13,14</sup>.

---

<sup>11</sup> Ministerio de salud. Resolución 008430. 1993.

<sup>12</sup> CAMPO A. La depresión: un problema médico cotidiano. Cuadernos de psiquiatría de enlace 1999;2:7 - 10

<sup>13</sup> MAHONEY J, Drinka TJ, ABLER GUNTER -Hunt G, et al. Screening for depression: single question versus GDS. J Am Geriatr Soc 1996; 42: 1008 - 8.

<sup>14</sup> SHARP LK, LIPSKY MS, Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care setting. Am Fam Physician 2002; 66:101- 8.

La EDG cuantifica síntomas depresivos con importancia clínica durante los últimos quince días. Esta escala consta de 15 ítems con patrón de respuesta dicotómica que explora síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor<sup>15</sup>. A cada pregunta que sugiera un episodio depresivo se le da un punto. Puntuaciones de seis o más sugieren síntomas depresivos con importancia clínica. Dado que esta escala no ha sido formalmente validada en adultos mayores colombianos se determinó la consistencia interna de la escala con la formula 40 de Kuder-Richardson.

Los participantes fueron entrevistados en la institución por uno de los investigadores, quienes leyeron todas las preguntas, incluso las incluidas en la EDG.

Los datos fueron procesados en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS 13.0)<sup>16</sup>. Se realizó análisis univariado para hallar la frecuencia, porcentajes, promedios y desviación estándar (DE). En el análisis bivariado se buscaron las asociaciones para síntomas depresivos con importancia clínica. Finalmente, se realizó un modelo multivariado de regresión logística para controlar las posibles variables de confusión, siguiendo las recomendaciones de Greenland<sup>17</sup> y estimando la bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow<sup>18</sup> del modelo final.

Los participantes fueron entrevistados en la institución por uno de los investigadores, quienes leyeron todas las preguntas, incluso las incluidas en la EDG.

<sup>15</sup>YESAVAGE JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J psychiatr. Res 1983; 17: 37-49

<sup>16</sup> SPSS, For Windows 12.0. Chicago: SPSS Inc. 2003.

<sup>17</sup> Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. Am J Public Health 1989; 79: 340-9

<sup>18</sup> HOSMER DW, Taber S, y Lemeshow S: The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. Am J Public Health 1991; 81: 1630-5



Los datos fueron procesados en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS 13.0)<sup>19</sup>. Se realizó análisis univariado para hallar la frecuencia, porcentajes, promedios y desviación estándar (DE). En el análisis bivariado se buscaron las asociaciones para síntomas depresivos con importancia clínica. Finalmente, se realizó un modelo multivariado de regresión logística para controlar las posibles variables de confusión, siguiendo las recomendaciones de Greenland<sup>20</sup> y estimando la bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow<sup>21</sup> del modelo final.

---

<sup>19</sup> SPSS, For Windows 12.0. Chicago: SPSS Inc. 2003.

<sup>20</sup> Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79: 340-9

<sup>21</sup> HOSMER DW, Taber S, y Lemeshow S: The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. *Am J Public Health* 1991; 81: 1630-5

### III. RESULTADOS

De los 203 residentes en las instituciones, 91 adultos mayores participaron en el presente estudio (44.8%).

Se realizó un análisis univariado en donde la edad promedio fue 76.5 (DE = 8.8), 67% varones y el 33% femenino; 59.3% solteros seguido de los que estuvieron casados con 40.7%; 49.5% procedentes de Cartagena y el 50.5% de otros lugares del interior del país. De acuerdo a las enfermedades asociadas el 59.3% si presentaba alguna enfermedad y el 40.7% no presentaban ninguna enfermedad aparente o diagnosticada. De estos el 62.6% no recibía ninguna clase de medicamentos mientras que el 37.4% si recibía.

Se pudo determinar que el 53.8% presentaron síntomas depresivos con importancia clínica, mientras que el 46.2% no presentaron síntoma alguno.

Los adultos mayores con síntomas depresivos tenían una edad promedio de 77.6 años (DE=9.5) y de aquellos que no presentaron síntomas depresivos con importancia clínica es de 75.2 años (DE= 7.7).

De acuerdo al sexo en donde el 70% de las mujeres presentaron síntomas depresivos, y el 45.9% de los hombres presentaron síntomas depresivos con importancia clínica. (P=0.030), (OR=2.75, IC=95% 1.09-6.96%).

En la asociación con la procedencia y síntomas depresivos con importancia clínica el 57.8% pertenecen a Cartagena y el 50% a otros lugares. (P=0.457), (OR=1.37, IC=95% 0.60-3.13%).

Un 55.6% son adultos mayores solteros con síntomas depresivos y el 51.4% estuvieron casados y presentaron síntomas depresivos, (OR=1.18, IC=95% 0.51-2.74) (P=0.693).

Al valorar las enfermedades asociadas con los síntomas depresivos el 59.5% no presentaron enfermedad y el 50% si; (OR=1.47, IC=95% 0.63-3.41%) (P=0.374).

El 50% de los adultos mayores estaban recibiendo tratamiento (antihipertensivos, hipoglicemiantes orales) y presentaron síntomas depresivos, el 56.1% no recibían tratamiento (P=0.570), (OR=1.28, IC=95% 0.55-3.0%).

De acuerdo a la bondad de ajuste de Homer Lemeshow el Chi cuadrado( $\chi^2$ )=39.22 Grado de libertad (gl)=48 P=0.714.

**Tabla 1**

Análisis bivariado de síntomas depresivos – variables sociodemográficas.

<b>Variables socio demográfica</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
Sexo (femenino)	2,75	1,09-6,96	0,03
Procedencia (Cartagena)	1,37	0,6-3,13	0,457
Estado civil (solteros)	1,18	0,51-2,74	0,693
Enfer asociada (con enfer asoc.)	1,47	0,63-3,41	0,374
Tratamiento (sin tto)	1,28	0,55-3,0	0,570

**Tabla 2**

Análisis Multivariado de síntomas depresivos.

<b>SDIC</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
SEXO	2,66	1,04-6,79	0,041
EDAD	1,03	0,98-1,08	0,251

#### IV. DISCUSIÓN

Se refleja que de la muestra de 91 adultos mayores, la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica fue de 53.8%, comparado con un estudio realizado en Santiago de Chile donde se aplicó a los pacientes esta misma escala (EDG) y como resultados el 47% de los pacientes resultó positivo para los síntomas depresivos.<sup>22</sup>

Al evaluar los resultados se encontró que los síntomas depresivos con importancia clínica fue mayor en mujeres con un 70% que en hombres que arrojó un porcentaje de 45.9%. Por lo tanto estos resultados guardan similitud con otra investigación realizada en Barranquilla Colombia<sup>23</sup> y otro estudio realizado en Madrid España donde indica que en el sexo femenino, es reconocido que las mujeres son más vulnerables desde el punto de vista de la salud debido al desgaste que implica, con su incorporación al trabajo, la doble carga en su rol social. Si bien las mujeres presentan mayor esperanza de vida que los hombres, sufren una doble condición de perjuicios como mujeres y como viejas<sup>24</sup>.

También se demuestra que los síntomas depresivos con importancia clínica se presenta más en adultos mayores solteros con un porcentaje de 55.6% que en los que estuvieron casados con un porcentaje 51.4%. Este estudio guarda similitud con el realizado por el doctor Rafael TUESCA Molina en Barranquilla el cual dice que un factor de riesgo para presentar episodios depresivos es la soltería<sup>25</sup>. Un estudio realizado en la Habana Cuba indica que cerca del 92% de los adultos mayores estudiados eran solteros, y que la mayor cantidad de ellos presentaban

<sup>22</sup> Depresión en el Adulto Mayor. Evaluación preliminar de la efectividad como instrumento de tamizaje. Universidad católica. Santiago de Chile.  
<sup>23</sup> TUESCA M, Rafael, Fierro H, Norma, Molineros S, Alexandra, Oviedo M, Fernando y cols. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas anclanas. Dpto de salud familiar y comunitaria. Universidad del norte. Barranquilla. Colombia.  
<sup>24</sup> MONCHIETTI A, kremien D. Envejecimiento Femenino; Participación Social Significativa y salud. Rev. de Psiquiatría.com. 2002.  
<sup>25</sup> TUESCA M. Op Cit.



síntomas depresivos, este estado puede implicar factores psicosociales desencadenantes de sintomatología depresiva tales como soledad, abandono, reducción progresiva de la red de apoyo familiar, sentimientos de desesperanza y aislamiento<sup>26</sup>. Otro estudio denominado "la depresión en ancianos" plantea que la incidencia de los síntomas depresivos en mujeres y hombres solitarios alcanza cifras del 40% y por otra parte se ha señalado que la pérdida de la pareja es un factor determinante en la depresión<sup>27</sup>.

Otra variable utilizada fue la edad asociada a síntomas depresivos destacándose que la mayor parte de los adultos mayores con síntomas depresivos correspondió al grupo etareo de 77 años de edad dando resultados poco significativos. A diferencia de otros estudios que reflejan que los grupos de 75 años presentaron valores significativamente mayores de síntomas depresivos establecidos<sup>28</sup>, puede esto estar asociado a la existencia de una mayor frecuencia de enfermedades físicas y declinación física, además de otros factores muy bien definidos<sup>29</sup>.

Además se reflejan los síntomas depresivos con la procedencia de los adultos mayores, donde cerca del 57.8% de estos son de la ciudad de Cartagena y presentan síntomas depresivos; en un estudio realizado en Madrid-España, sugieren que los problemas de la dinámica familiar están dados fundamentalmente por la incomprensión, menos disponibilidad para atenderlos y por las emigraciones lo que conllevan a que los adultos mayores presenten síntomas depresivos, se sientan solos y se encuentren aislados<sup>30</sup>, lo que hace que ellos mismos se tengan que trasladar a otros sitios del país y se internen en instituciones donde se les puedan brindar los cuidados que ellos necesitan.

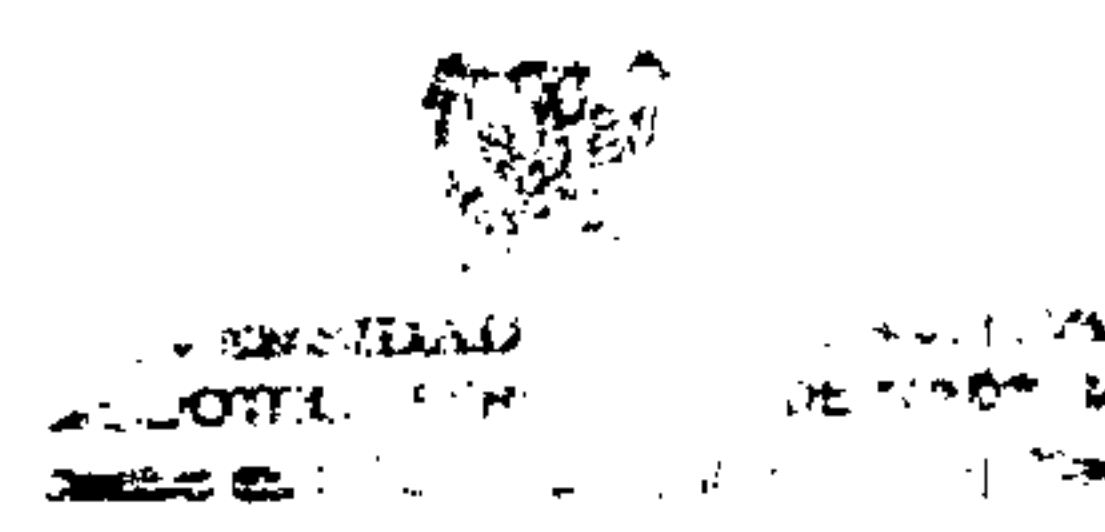
<sup>26</sup> ZARRAGOITIA, Alonso I. Elementos depresivos en ancianos ubicados en casa de abuelos. Hospital Clínico Quirúrgico. Servicio de Psiquiatría. La Habana Cuba. Rev Esp. Geriatr Gerontol. 1998. 33 (1) :13-20

<sup>27</sup> ARVA S, Tivis R S, Lehtonen A, Valvanne J, Sairanen S. Depresión en el Anciano.

<sup>28</sup> Valoración geriátrica Integral en una población de adultos mayores. Distrito de Barranca. Lima. Perú.

<sup>29</sup> GONZALEZ CEINOS, M. Depresión en ancianos; un problema de todos. Universidad del país vasco. Rev. Es.Geriatria Gerontología. 2000. May.

<sup>30</sup> CRESPO VALENCIA, A y BASURTE VILLAMOR, I. Repercusiones biopsicosociales de la pérdida en pacientes de la tercera edad. Centro de salud mental de Valtecas. Madrid. España. <http://www.interpsiquis.com> 2002.



Así mismo se hace referencia el presentar síntomas depresivos relacionados con enfermedades asociadas, donde se demuestra que el 59.5% de los adultos mayores presentan síntomas depresivos mas enfermedades asociadas; existen estudios que señalan a las enfermedades orgánicas o la cronificación de las mismas como factor desencadenante de la depresión debido al incremento de la discapacidad, la disfuncionalidad y la dependencia de los demás.<sup>31</sup>

Por otra parte se plantea la relación de la ingestión de medicamentos y los síntomas depresivos dando como resultado que el 56.1% de los adultos mayores que no toman medicamentos presentan síntomas depresivos, a diferencia de otros estudios donde los ancianos que si reciben tratamiento inciden en el incremento de las tasas de síntomas depresivos, ya que la mayoría de estos medicamentos tienen una capacidad depresora, además muchos ancianos toman 10 o mas drogas para tratar sus problemas médicos, varias de los cuales pueden causar efectos colaterales, ocultar o agravar los síntomas de la depresión<sup>32</sup>.

En resumen los síntomas depresivos con importancia clínica en el adulto mayor tienen implicaciones en sus estilos de vida y deterioran grandemente el funcionamiento social.

---

<sup>31</sup> ARVAS, Op cit. P 17.

<sup>32</sup> MONFORTE, PJA. Fernandez RC, Díez BJ, Toranzo, MI. Alonso JM, Franco MM

## V. RECOMENDACION

Recomendamos a los asilos mencionados en este estudio:

- Realizar actividades que mejoren la calidad de vida y el estado de ánimo del adulto mayor.
- Estimular la participación comunitaria en el mejoramiento del medio de vida del adulto mayor.
- Realizar actividades integradoras de la vida comunitaria y el adulto mayor.
- Elaborar estrategias de atención integral al adulto mayor.
- Siempre se recomienda una intervención mínima con psicoterapia y educación que acompañe a la medicación antidepresiva para el éxito del tratamiento.
- Identificar psiquiatras que se comprometan a realizar un tratamiento conjunto con el objetivo de generar un tratamiento más completo.
- Con respecto a la medicación, siempre comenzar con dosis bajas y sin modificar más de un medicamento a la vez. De esta forma se podrá identificar con mayor facilidad el origen de los efectos adversos, en caso de que se presentaran. Recordar que estos pacientes están poli medicados y el riesgo de interacciones medicamentosas es mayor.
- La educación sobre depresión en el entorno familiar es fundamental para ayudar a entender la situación del paciente y no rechazarlo, sino más bien, estimularlo y acercarlo a una reinserción social.

- Recordar que la depresión es una enfermedad crónica, como la hipertensión y la diabetes, y las recaídas son frecuentes, por lo tanto se recomienda el seguimiento a largo plazo.

Como Coinvestigadores de este estudio recomendamos para futuras investigaciones:

- Continuar esta línea de investigación incluyendo otras variables de tipo demográficas como escolaridad, y creencias religiosas que sean de fácil medición.
- Diseñar otros estudios con muestras mas grandes y representativas de la población de adultos mayores, no solo en el campo de la depresión sino también en otros trastornos mentales que repercuten en el bienestar y calidad de vida de ellos, su familia y la sociedad.
- Continuar trabajando con los adultos mayores institucionalizados en asilos con un plan de rehabilitación para mejorar los síntomas depresivos.

**BIBLIOGRAFIA**

ALARCÓN VELANDIA, Rafael patrocinio. Trastorno depresivo en poblaciones ancianas en el departamento de Risaralda. Rev. Asoc. Colombiana de gerontología y geriatría. Vol.17. 2003.

ALEXOPOULOS GS, YOUNG, RC. y Cols. Late-onset depression. Psychiatr Clin North Am 1988; 11: p.101-115.

ARVA,S. TILVIS, R S. y Cols. Depresión en el Anciano.

ASOREY, Oscar. Cuando la depresión requiere tratamiento.<http://www.psicocentro.com/articulos> depresión en el anciano

BRUNNER. Enfermería. Medicoquirúrgica. Mc Graw Hill Interamericana. p 153.

CAMPO ARIAS, Adalberto. Curso y pronostico de la depresión en ancianos. Rev Medunab. P 192 – 196.

CAMPO A. La depresión: un problema médico cotidiano. Cuadernos de psiquiatría de enlace 1999:2:7 - 10

CAMPO ARIAS, Adalberto. Epidemiología y factores etiológicos del trastorno depresivo mayor en geriatría. Rev. Asoc. Gerontol. Geriatr.2002; 16: 329 – 37.

C. E B. Jonson. Enfermería psiquiátrica de salud mental. Mc Graw Hill Interamericana. 4ª Ed. Vol. II. P 535-555.

CRESPO VALENCIA, A y Basurte Villamor, I. Repercusiones biopsicosociales de la perdida en pacientes de la tercera edad. Centro de salud mental de Valtecas. Madrid. España. <http://www.interpsiquis.com> 2002.

Depresión en el Adulto Mayor. Evaluación preliminar de la efectividad como instrumento de tamizaje. Universidad católica. Santiago de Chile.

Depresión en la vejes. Psicocentro.com

J. Hetta. Detección de depresión mediante cuestionarios. Unidad del sueño. Departamento de neurociencias, Psiquiatría, Hospital universitario. Condado de Dalarna Suecia Central. 1995.

ELIO POLUS C. Enfermería gerontología. 1993, p.p.308, 309, 317.

MARÍN, C. ESPINOSA, P y FREZ, G. Actividad física y depresión del adulto mayor en concepción. 2000.

MÁRQUEZ CARDOSO, Eduardo. Frecuencia de depresión en el adulto mayor y su asociación con algunos factores de riesgo en la unidad de medicina familiar (UMF) N° 78. México.

GONZÁLES CIENOS, M. Depresión en ancianos; un problema de todos. Universidad del país vasco. Rev. Es.Geriatria Gerontología. 2000.

KENNEDY, O, brien. Enfermería siquiátrica. Mc Graw Hill Interamericana. P478-479.

KENNEDY, GJ. The geriatric syndromes of late-life depression. Psychiatr Serv 1995; 46: 43-8

La Depresión en el anciano: Un reto para la salud mental de colombiana. Rev. Nueva Colombia. 2004

MAHONEY J, Drinka TJ. ABLER, Gunter –Hunt G, et al. Screening for depression: single question versus GDS. J Am Geriatr Soc 1996; 42: 1006 – 8.

Manual de Enfermería. Océano Centrun. 1997.P 427

MATILLA MORA, Rosa. Depresión en el anciano.

MONCHIETTI A, kremien D. Envejecimiento Femenino; Participación Social Significativa y salud. Rev. de Psiquiatria.com. 2002.

MONFORTE, PJA. Fernandez RC, Diez BJ, Toranzo, MI. Alonso JM, Franco MM.

OQUENDO GONZÁLES, Maria Elena. SOUBLET MAESTRI, Oria. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? Ciudad de la Habana: Cuba. Mayo: 1999. www.psicocentro.com.

PUIG NOLASCO, Angel. GOMEZ; Alfredo. Y Cols. Prevalencia y factores de riesgo de la depresión en el adulto mayor. Unidad de medicina familiar No 52. Cosoleacaque, Veracruz, México. Marzo 2000.

R, Joshua. La depresión en los ancianos. Tribuna Médica. 97 (2). Febrero 1998. p 59 – 71.

RESOLUCIÓN 008430. Ministerio de salud. 1993.

RIOSECO, P, Escobar B, Vicente B. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de santiago. Revista de Psiquiatria 1994; 11:186 – 93.

Handwritten signatures and stamps at the bottom right of the page.

SANTANDER TORO, Jaime. Depresión del adulto mayor. Dpto. de psiquiatría. Universidad pontificia católica de Chile.

SHARP LK, LIPSKY MS, Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care setting. *Am Fam Physician* 2002; 66:101- 8.

SOSA ORTIZ, Ana Luisa. Depresión en geriatría. Mc Graw Hill Interamericana. P 216-220.

TUESCA M, Rafael, y Cols. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Dpto. de Salud familiar y comunitaria. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia. Junio 2000 - Julio 2001.

Valoración geriátrica Integral en una población de adultos mayores. Distrito de Barranca. Lima. Perú.

YESAVAGE JA, Brink TL, Rose TL, etal. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. psychiatr. Res* 1983; 17: 37- 49

ZARRAGOITIA, Alonso I. Elementos depresivos en ancianos ubicados en casa de abuelos. Hospital Clínico Quirúrgico. Servicio de Psiquiatría. La Habana Cuba. *Rev. Esp. Geriatr gerontol.* 1998; 33(1): 13-20



# ANEXOS

## ANEXO 1

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

1.	¿Esta satisfecho con su vida?	Si (0) No (1)
2.	¿Ha renunciado a muchas actividades?	Si (1) No (0)
3.	¿Siente que su vida esta vacía?	Si (1) No (0)
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido/ a?	Si (1) No (0)
5.	¿Tiene a menudo buen ánimo?	Si (0) No (1)
6.	¿Teme que algo malo le pase?	Si (1) No (0)
7.	¿Se siente feliz a menudo?	Si (0) No (1)
8.	¿Se siente con frecuencia abandonado/a?	Si (1) No (0)
9.	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	Si (1) No (0)
10.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si (1) No (0)
11.	¿Piensa que es maravilloso vivir?	Si (0) No (1)
12.	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	Si (1) No (0)
13.	¿Se siente lleno/a de energía?	Si (0) No (1)
14.	¿Siente que su situación es desesperante?	Si (1) No (0)
15.	¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	Si (1) No (0)
	<b>TOTAL</b>	
	Resultados: ❖ 0-5 = normal ❖ 5-10 = depresión leve ❖ 10-15 = depresión establecida	

## ANEXO 2

**Tabla 1** Prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica.

SINT DEPRESIVOS		%
CON SINT	49	53,8
SIN SINT	42	46,2
TOTAL	91	100,00

**Tabla 2** Relación síntomas depresivos - Sexo

SEXO / CON SINTOMAS DEPRESIVOS	
FEMENINO	70%
MASCULINO	45.9%

**Tabla 3** Relación síntomas depresivos – estado civil

ESTADO CIVIL/ CON SINTOMAS DEPRESIVOS	
SOLTEROS	55.6%
CASADOS	51.4%

**Tabla 4** Relación síntomas depresivos- edad.

PROMEDIO DE EDAD / CON SINTOMAS DEPRESIVOS	D.E
CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS	77.6 años 9.5
SIN SÍNTOMAS DEPRESIVOS	75.2 años 7.7

**Tabla 5** Relación síntomas depresivos – procedencia.

<b>PROCEDENCIA/ CON SINTOMAS DEPRESIVOS</b>	
CARTAGENA	57,80%
OTROS LUGARES	50%

**Tabla 6** Relación síntomas depresivos – enfermedades asociadas.

<b>ENFERMEDADES ASOCIADAS/ CON SINTOMAS DEPRESIVOS</b>	
CON ENFERMEDAD ASOC.	59.5%
SIN ENFERMEDAD ASOC.	50%

**Tabla 7** Relación síntomas depresivos – tratamiento farmacológico.

<b>TRATAMIENTO/ CON SINTOMAS DEPRESIVOS</b>	
CON TRATAMIENTO	50%
SIN TRATAMIENTO	56.1%