

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LOS CENTROS  
DE VIDA EN CARTAGENA**

**MIGUEL FERNANDEZ ARCE  
DIANA GONZÁLEZ REYES  
LUIS FERNANDO GUZMÁN GARCÍA  
NASLY JULIO TORRES  
KARLA ROMERO GARCÍA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CARTAGENA D. T Y C.**

**2016**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LOS CENTROS  
DE VIDA EN CARTAGENA AÑO 2015 II**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**ANA ACOSTA LOPEZ**

**COINVESTIGADORES**

**MIGUEL FERNANDEZ ARCE  
DIANA GONZÁLEZ REYES  
LUIS FERNANDO GUZMÁN GARCÍA  
NASLY JULIO TORRES  
KARLA ROMERO GARCÍA**

**Trabajo para optar al título de enfermero (a).**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CARTAGENA D. T Y C.  
2016**

<b>TÍTULO: “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LOS CENTROS DE VIDA EN CARTAGENA.”</b>		
<b>INVESTIGADOR PRINCIPAL:</b> Ana Acosta López.		
<b>COINVESTIGADORES:</b> Miguel Fernández Arce, Nasly Julio Torres, Karla Romero García, Luis Fernando Guzmán García, Diana González Reyes.		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> ani157@hotmail.com, arce07fer@gmail.com, karla12.krgmail.com, sofiiyeye_torres@hotmail.com, luiferguz@hotmail.com, dijamar02@gmail.com.		
<b>TELÉFONO:</b> 6698181		
<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:</b> Facultad de Enfermería-Campus de Zaragocilla-Universidad de Cartagena		
<b>TOTAL DE INVESTIGADORES (numero):</b> 6		
<b>LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:</b> Cuidado		
<b>ENTIDAD:</b> Universidad de Cartagena		
<b>TIPO DE ENTIDAD:</b> Institución de Educación Superior		
<b>LUGAR DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO:</b> Cartagena.		
<b>Ciudad:</b> Cartagena	<b>Departamento:</b> Bolívar	
<b>DURACIÓN DEL PROYECTO (EN MESES):</b> 12 meses		
<b>TIPO DE PROYECTO:</b>		
Investigación Básica:	Investigación Aplicada: X	Desarrollo Tecnológico o Experimental:
<b>DESCRIPTORES / PALABRAS CLAVES:</b> Depresión, adulto mayor, vejez, escala GDS. (DeCS)		

## TABLA DE CONTENIDO

	pág.
<b>LISTA DE TABLAS .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTA DE ANEXOS.....</b>	<b>6</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>7</b>
<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>9</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.....</b>	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4. MARCO TEORICO.....</b>	<b>16</b>
<b>5. METODOLOGÍA.....</b>	<b>20</b>
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>7. DISCUSION.....</b>	<b>23</b>
<b>8. CONCLUSION.....</b>	<b>26</b>
<b>9. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>27</b>
<b>10. AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>28</b>
<b>11. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>29</b>
<b>12. TABLAS.....</b>	<b>34</b>
<b>13. ANEXOS.....</b>	<b>39</b>

## LISTA DE TABLAS

1. Tabla 1. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vida de Cartagena según el sexo
2. Tabla 2. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según edad.
3. Tabla 3. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según el estado civil
4. Tabla 4. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según nivel educativo.
5. Tabla 5. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según estrato
6. Tabla 6. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según ocupación.
7. Tabla 7. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según religión.
8. Prevalencia de depresión según test de Yesavage en adultos mayores. Centros de vida. Cartagena, 2015.
9. Resultados test de Yesavage.

## **LISTA DE ANEXOS**

- 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.**
- 2. ENCUESTA CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.**
- 3. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.**
- 4. MINI PRUEBA DEL ESTADO MENTAL**

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena.

**Metodología:** Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, la población estuvo conformada por adultos mayores inscritos en los 16 centros de vida de Cartagena, la muestra estimada fue de 398. Se utilizó un muestreo aleatorio por conglomerados. Se aplicó un cuestionario sobre las características sociodemográficas y la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15). Para la digitalización y procesamiento de la información, se creó una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013 Windows 7. En el estudio se respetaron los principios éticos de privacidad y los participantes diligenciaron un consentimiento informado.

**Resultados:** Los participantes del estudio tenían edades entre los 70 y 79, el 51.2% eran de sexo masculino y 48.7% de sexo femenino. La prevalencia de depresión fue de 7.7% en los adultos mayores institucionalizados; el 6.7% presentaron depresión leve, el 1% depresión severa y el 92.2% de los adultos mayores no presentaron depresión.

**Conclusiones:** La población de adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena reportó una baja prevalencia de depresión.

**PALABRAS CLAVES:** Depresión, adulto mayor, vejez, escala GDS. (DeCS)

## SUMMARY

**Objective:** To determine the prevalence of depression in the elderly in Cartagena.

**Methodology:** A study was conducted with a quantitative approach, descriptive, the population consisted of seniors enrolled in 16 centers of life of Cartagena, and the sample was estimated 398. Random cluster sampling was used. A questionnaire on sociodemographic characteristics and shortened version of the Geriatric Depression Scale Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15) was applied. For scanning and information processing, a database was created in a spreadsheet in Microsoft Excel 2013 Windows 7. In the study the ethical principles of privacy is respected and participants filled out an informed consent.

**Results:** Study participants were aged between 70 and 79, 51.2% was male and 48.7% female. The prevalence of depression was 7.7% in institutionalized elderly; 6.7% had mild depression, severe depression 1% and 92.2% of the elderly did not present depression.

**Conclusions:** The population centers of life in the city of Cartagena showed a low prevalence of depression.

**KEYWORDS:** Depression, elderly, old age, GDS scale. (MeSH)



## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la mayor preocupación de salud para el 2020 será la depresión, siendo la segunda causa de detrimento de años de vida saludable a nivel mundial, y la primera en los países desarrollados. Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (1).

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (2).

Según los datos disponibles, en Colombia, la depresión es un problema actual de salud pública que requiere mayor atención y un conocimiento más preciso de su distribución en las diferentes regiones del país. La falta de continuidad de estos estudios y el empeoramiento de las condiciones sociales y económicas que sufre el país desde hace varios años hacen impostergable la actualización de la información relacionada con la prevalencia de enfermedades mentales en la población colombiana. (3)

En el presente estudio se determinó la prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena, sus características sociodemográficas y los niveles de depresión.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como: “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional” (4).

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas, esto se ha convertido en una pandemia, debido a que cada año, miles de personas, sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen. Incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar pasando o pasará alguna vez por un cuadro depresivo. Así mismo se puede ver evidenciado en estudios a nivel mundial que la depresión es una enfermedad importante y que ésta, se manifiesta en diferentes grados, con diferentes síntomas. No conoce y género, mas sin embargo se ve más afectado el género femenino que el masculino (5).

Según cifras de la OMS la proporción de adultos mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años (4).

La OMS reporta una cifra ponderada de depresión del 10,4%. La prevalencia de los síntomas depresivos en los pacientes adultos varía entre el 8 y 16% en los diferentes estudios. La prevalencia de depresión mayor varía entre el 1 y 4%. La prevalencia de la depresión mayor varía ampliamente en rangos 2,3% a 25% en países como España, Estados Unidos y Australia. La prevalencia de cualquier tipo de episodio depresivo en la india fue de 12,7%. La prevalencia global de depresión en Estados Unidos fue de 11,1%. En México la prevalencia fue de 21,7 % (6).

El curso de vida del adulto mayor puede ser la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano; debido a los cambios neurobiológicos que con frecuencia acompañan al envejecimiento cerebral, sumándose numerosas e importantes pérdidas que van a afectar

esta etapa de la vida, no sólo emocionalmente sino también a su condición física y social (7).

En Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%, aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%. Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento. Además, en estudios longitudinales se ha comprobado que incluso la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicios de urgencias y costos globales elevados como pacientes ambulatorios (8).

Sarro A, Ferrer A, Rando Y, Formiga F, Rojas S, muestran en su estudio realizado en España en siete centros de atención primaria que de 220 personas evaluadas, 129 (58,6%) eran mujeres. El diagnóstico de depresión según la GDS es positivo en 76 (34,5%) pacientes, mientras que en la historia clínica (HC) está presente en 46 (20,9%) pacientes. El estudio explica que la depresión se asocia con deterioro de actividades básicas e instrumentales, deterioro cognitivo, agotamiento, prescripción de psicótopos y menor actividad física (9). Mientras que Hernández Z. et al. En la ciudad de Guadalajara México, hicieron comparación en cuanto a adultos mayores (hospitalizados y no hospitalizados) arrojando una alta tasa de depresión, (57,5% para los primeros y 29,5% para los segundos) (10).

En otro importante estudio que se realizó en España por Galván P, Fernández E, Fonseca J, demostraron que la Prevalencia de depresión encontrada en los adultos mayores fue de 13,8%. El 99% presenta algún síntoma residual. Los pacientes que viven en pareja y los varones (realizan más actividades de ocio) presentan menor número de síntomas residuales. El 22% presentaba 4 síntomas (de los 10 preguntados). El síntoma más frecuente fue tristeza (68%) seguida de dolor (55%) y pérdida de energía (55%) (11).

Pando M, Aranda Beltrán C, Alfaro N, Mendoza Roaf P. encontraron en un estudio realizado en Guadalajara, México, una prevalencia de depresión de 36,2% en adultos mayores, de los cuales el 43,2% eran mujeres y 27,1% hombres. Los mayores factores de riesgo fueron: la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años. Cabe resaltar que la falta de empleo y la viudez representan pérdidas, siendo los principales elementos en la etiología de la depresión (12).

Tapia M, Morales Hernández J, Cruz Ortega R, De la Rosa Morales V. hallaron que los niveles de depresión en adultos mayores con discapacidad física, que tienen un nivel

mayor de dependencia de un cuidador, es de 32,5% para una depresión leve, 44,5% para una depresión media y 2,5% para una depresión severa (13).

A nivel nacional, como en el resto del mundo, se está viviendo un proceso de transición epidemiológica, teniendo un impacto en las variaciones demográficas y socioeconómicas que afectaría los procesos de salud y enfermedad a largo plazo. Para 1870, la población era de 806.209 habitantes y se estima que para este año (2015) sea de 53 millones. La población ha mostrado un significativo proceso de envejecimiento en los últimos 100 años que se observa al comparar la edad mediana en 1950 de 18,7 años y la que se espera en el 2025 de 31 años (6).

En Colombia son muy pocas las investigaciones que se han hecho al respecto a la salud mental de los ancianos, donde se tenga como objetivo el estudio de la depresión en este tipo de población; más sin embargo, en la ciudad de Medellín, Estrada A. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordoñez Molina J, Osorio Gómez J, Chavarriaga Maya L realizaron un estudio donde se utilizó la escala de depresión Geriátrica Yesavage; se halló que 54,3% de los adultos mayores institucionalizados encuestados no registraron ningún grado de síntomas de depresión; un 37% con síntomas depresivos moderados y el 8,7% de forma severa. La prevalencia de síntomas depresivos fue 47,6% en las mujeres, similar a los hombres. Por edad, el porcentaje más alto de adultos mayores sin depresión se halló en los de 75 a 84 años 59,6%, similar a los otros grupos de edad. Por otro lado, las personas que no presentaron ningún nivel educativo tuvieron la mayor prevalencia de depresión 58,4% (14).

En Bucaramanga Durán T, Aguilar M. Martínez M. Rodríguez T. Gutiérrez G. Vázquez L. Realizaron su estudio con una muestra de 252 adultos mayores de ambos sexos quienes al momento de la entrevista no tenían diagnóstico de depresión, pero que luego de aplicarles el test de Yesavage, concluyeron que el 40,1% no presentó depresión, el 34,9% depresión leve y el 25% depresión establecida; Resultó predominante la depresión entre leve en el grupo de 71 a 80 años 41,4% y establecida en el grupo 81 a 90 años 38,9% (15).

A nivel de la región costera en la ciudad de Barranquilla Borda M. Anaya Torres M, Pertuz Rebolledo M, Romero De León L, Suarez García A, Suarez García A han visto una prevalencia de depresión de 36,4 %, donde predominó la leve (24,2 %). El estudio explica que fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos. Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero (16).

En Cartagena Campos, A. desarrolló un estudio, para determinar la consistencia interna, la estructura factorial y la confiabilidad del constructo de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en adultos mayores asistentes a centros comunitarios de Cartagena (Colombia), teniendo como resultado una consistencia interna y confiabilidad del constructo, aceptable (17).

Cogollo, Z. en un estudio de síntomas depresivos con importancia clínica en adultos mayores de asilos públicos de la ciudad de Cartagena, encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos 53,8%, en este mismo estudio informo que estos síntomas se asociaron a ser de sexo femenino O.R. (2.66, IC 1.04-6.79) (18).

Con el aumento de los adultos mayores en el mundo se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, entre las que se incluye la depresión. Es probable que esta última constituya la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. El ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia suele subestimarse (19).

El adulto mayor debe adaptarse progresivamente al cambio y/o pérdida del rol laboral con la llegada de la jubilación, muchas veces acompañada de pérdidas económicas. Se impone, al tiempo, un cambio en el rol familiar pasando de padres y cabezas de familia, al papel de abuelos, generalmente con menor participación autónoma en la dinámica familiar. Estas pérdidas incluyen, por supuesto, duelos frecuentes por amigos, seres queridos, en ocasiones muy dolorosos como la independencia de los hijos o la viudez y soledad. Todo ello obliga a una reestructuración adaptativa que, dependiendo de las características de personalidad previa de cada individuo y en el contexto donde vivan, tendrá más o menos riesgo de fracasar (7).

La depresión, tiene un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor; en estudios transversales y longitudinales se ha demostrado que los adultos mayores que viven en la comunidad afectados por este problema tienen mayor discapacidad física y social. Las consecuencias de las manifestaciones de la depresión, sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otros factores, como la demencia, una pobre red social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad (19).

Esta investigación aporta datos que apoya las políticas, planes y programas en el orden local, departamental y nacional para este grupo poblacional que permitirá la toma de decisiones en cuanto a la atención psicoterapéutica y psiquiátrica que puedan recibir los

adultos mayores al ser diagnosticados con sintomatología depresiva y de esta manera mejorar la calidad de vida de los ancianos recluidos en los centros de vida.

La sintomatología depresiva como se ha expresado en anteriores párrafos, agudiza la pérdida de concentración, atención, el enlentecimiento psicomotor y en fin todas las funciones cognitivas, lo que empeoraría, de no recibir atención la situación del adulto mayor.

Además este estudio reviste de gran interés en la medida que brinda aportes teóricos y prácticos para que los profesionales de la salud lo tengan en cuenta en investigaciones futuras.

En este orden de ideas surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de depresión en el adulto mayor en Cartagena?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 General:**

Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena.

#### **3.2 Específicos:**

Describir las características socio demográficas de los adultos mayores participantes del estudio.

Identificar los niveles de la depresión en el adulto mayor.

#### 4. MARCO TEORICO

La depresión es un trastorno mental frecuente, que Según la OMS se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (1).

La depresión es la más común de las enfermedades psiquiátricas de la población geriátrica. La O.M.S. registra, entre las personas mayores de 65 años que cerca de un 25% padece de al menos un trastorno psiquiátrico; obteniendo la mayor prevalencia dentro de este grupo los padecimientos de tipo depresivo (19).

Es una enfermedad común entre la población colombiana, tiene un curso recurrente en el 50% de los pacientes durante los 10 primeros años y toma un curso crónico en el 30% de los casos. Representa, además, un factor de riesgo para sufrir otras enfermedades médicas o empeora los desenlaces médicos de los individuos con enfermedades comórbidas, lo cual hace que su pronóstico sea menos favorable. El riesgo y la complicación más temida de la depresión mayor es la muerte por suicidio (20).

Además de ser una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración, afecta tanto al cuerpo como a la mente. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta la autoestima, y aunque no indica debilidad personal, no es un estado del que se pueda librarse a voluntad, pues quienes padecen depresión no pueden decir simplemente «ya basta, me voy a poner bien». La depresión puede aparecer sin ningún desencadenante y puede conllevar un riesgo vital (21).

En el adulto mayor la depresión no hace parte del proceso normal de envejecimiento, la mayoría de estos se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza (22).

En este ciclo vital de la vida muchos cambios pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son: adaptarse a la mudanza del hogar a un apartamento o a un centro de la tercera edad, el dolor crónico, sentimientos de aislamiento o soledad a medida que los hijos se van o su cónyuge y amigos cercanos mueren, pérdida de la independencia (problemas para movilizarse, cuidar de sí mismo o conducir), enfermedades múltiples, luchas con la pérdida de memoria y problemas para pensar con claridad (9).



Además de los factores anteriormente mencionados la depresión puede ser signo de un problema médico y ser la manifestación de una enfermedad o ser causada por padecimientos físicos como: trastornos tiroideos, mal de Parkinson, cardiopatía, cáncer y accidente cerebrovascular; pueden ocurrir como parte de la demencia o ser un efecto secundario de muchos fármacos comúnmente recetados para los ancianos (9).

Los síntomas como fatiga, inapetencia y problemas para dormir también pueden ser parte del proceso de envejecimiento o de un padecimiento físico. Como resultado, la depresión temprana puede ser ignorada o confundida con otras afecciones que son comunes en los ancianos (23).

Sin embargo encontramos síntomas que nos ayudan a identificar si el adulto mayor está pasando por un estado depresivo o una presenta depresión, tales como: estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces, pérdida de placer en actividades habituales, dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño, cambio grande en el apetito, que pueden manifestarse con aumento o pérdida de peso, cansancio y falta de energía para realizar actividades habituales, sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa, dificultad para concentrarse en las tareas que está llevando a cabo, movimientos lentos o demasiados rápidos, inactividad y retraimiento de las actividades usuales, sentimientos de desesperanza y abandono; y pensamientos repetitivos de muerte o suicidio, siendo este último uno de los más preocupantes (24).

La depresión y la edad avanzada son factores de riesgo para esto. Los hombres representan la mayoría de los suicidios entre los ancianos: los divorciados o viudos son quienes están en mayor riesgo. Las familias deben prestarles atención especial a los familiares de edad avanzada que vivan solos. Otras complicaciones abarcan la disminución del desempeño en el trabajo y en las relaciones sociales (23).

### **Según el DSM iv (TR) clasifica la depresión de la siguiente manera:**

Donde dice que el episodio depresivo mayor es un síndrome en el cual predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo o somáticos, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (21).

Este tipo de trastorno se caracteriza por la presencia de cinco (o más) síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; siendo los principales el estado de ánimo depresivo y la falta de interés o placer por hacer las cosas, que pueden ir acompañados de pérdida de peso, insomnio, agitación,

fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y disminución para la capacidad de pensar (25).

Otro tipo de depresión es el trastorno depresivo mayor, con episodio único, que se presenta durante al menos dos semanas, en el cual existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, que se da solo una vez. (26), este tipo de trastorno se caracteriza por la presencia de un episodio único mayor, más la ausencia de cualquier otro tipo de trastorno como el esquizoafectivo, la esquizofrenia, el esquizofreniforme, el trastorno delirante y que no se haya producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco (25).

El trastorno depresivo mayor recidivante, es otro tipo de depresión que se define como un cuadro clínico manifestado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia previa de algún episodio maníaco, mixto o hipomaníaco (27). Este tipo de trastorno a diferencia del depresivo mayor con episodio único, se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores (25).

Y por último tenemos el trastorno distímico, que es definido como un tipo de depresión que dura por lo menos dos años, donde las personas pueden tener períodos de humor normal hasta dos meses; los familiares y amigos pueden no saber que la persona está deprimida. A pesar de que este tipo de depresión es leve, puede hacer que le sea difícil a la persona funcionar en la casa, en la escuela o en el trabajo (28). Este se caracteriza principalmente por la presencia del estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, durante al menos dos años y que puede estar acompañado de pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse y sentimientos de desesperanza (25).

La depresión a menudo se transmite de padres a hijos; esto puede deberse a los genes, comportamientos aprendidos en el hogar o ambos. Incluso los genes hacen que la persona sea más propensa a presentar depresión, un hecho estresante o infeliz en la vida generalmente desencadena esta afección; cabe resaltar que además, hay muchos factores que pueden causar depresión, como son: el alcoholismo o drogadicción, afecciones y tratamientos médicos (ciertos tipos de cáncer, dolor prolongado, problemas para dormir, , hipotiroidismo), situaciones o hechos estresantes en la vida (maltrato o rechazo, ruptura de relaciones, muerte de un amigo o familiar, pérdida del trabajo, aislamiento social) (24).

La depresión es uno de los ejemplos de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en el anciano y una de las más frecuente en geriatría. Una serie de cambios en el sistema nervioso central propios del envejecimiento favorecen la predisposición a la depresión como la disminución de neuronas en regiones específicas (sistema límbico), decremento de neurotransmisores, incremento de su catabolia por aumento de la monoaminoxidasa (MAO) cerebral, esta es una enzima que normalmente en el adulto mayor se encuentra aumentada, degradando a la dopamina, que es uno de los neurotransmisores que intervienen en el ciclo circadiano de la persona (26).

Además la psiconeuroinmunología ha demostrado alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, mediado por citoquinas y alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en la depresión, dentro de las cuales tenemos la reducción del número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica en pacientes deprimidos, lo que demuestra una relación directa entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno afectivo (29).

Es un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (directamente e indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades) en la población geriátrica. Altera la calidad de vida del que la sufre y es, además, un problema social. La depresión del anciano tiene formas peculiares de su presentación (depresión menor, de inicio tardío) a veces pueden predominar síntomas físicos y cognitivos (30).

## 5. METODOLOGÍA

Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo. La población diana estuvo constituida por las personas de 60 años en adelante residentes en la ciudad de Cartagena, y la población accesible fueron los adultos mayores (1.296), ubicados en 16 centros de vida de la ciudad de Cartagena (Colombia).

**Muestra:** La muestra fue de 398 adultos mayores, el cálculo de la muestra se realizó teniendo en cuenta una prevalencia de depresión de 16%, un nivel de confianza 95% y un margen de error de 3%, la muestra fue proporcional a la cantidad de adulto mayor de cada centro de vida. Se llevó a cabo un muestreo por conglomerado.

Distribución de la muestra según centros de vida de Cartagena, 2015.

<b>Centro de vida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Muestra</b>
Candelaria	120	9.2%	37
Nuevo paraíso	71	5.4%	21
Palmeras	59	4.5%	18
Tenera	94	7.2%	28
Zapatero	110	8.4%	33
Calamares	60	5%	20
San José Ricaute	81	6.2%	24
Centro de vida cesar flores	74	5.7%	23
Centro de vida nuevo bosque	74	5.7%	23
Centro de vida bellavista	59	4.5%	18
Centro de vida caracoles	55	4.2%	17
Centro de vida el pozón	90	7%	28
Centro de vida socorro	64	5%	20
Centro de vida la esperanza	102	8%	32
Centro de vida la reina	98	7.5%	30
Centro de vida piedra de bolívar	85	6.5%	26
<b>Total</b>	<b>1296</b>	<b>100%</b>	<b>398</b>

**Criterios de inclusión:** Ser mayor de 60, estar inscritos en los centros de vida de Cartagena y querer participar, no presentar alteraciones cognitivas, visuales y auditivas.

**Instrumentos:** Se emplearon tres instrumentos; una ficha de caracterización sociodemográfica, que indaga; edad, sexo, estrato, escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación y religión.

Para determinar las alteraciones cognitivas se aplicó el Mini examen del estado mental, (Mini-mental state examination- MMSE) este consta de 30 preguntas agrupadas en 10 secciones donde evalúa, orientación, espacio temporal, capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción, capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial, capacidad para seguir instrucciones básicas.

Para determinar la prevalencia de depresión, se aplicó la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15). Este instrumento consta de 15 preguntas con respuestas dicotómicas si/no que puede ser autoadministrada o heteroadministrada. Este instrumento muestra una aceptable consistencia interna alfa cronbach de 0,78 y una confiabilidad del constructo de 0,70.

**Análisis de los datos:** Para el procesamiento de la información, se creó una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013 Windows 7.0, de la cual se obtuvieron gráficas y tablas de la información obtenida.

**Consideraciones éticas:** El estudio se desarrolló siguiendo los principios éticos que contempla la declaración de Helsinki, el respeto por el individuo (Artículo 8), derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) (31). Y la Resolución N° 008430 de octubre 4 de 1993 de la república de Colombia que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (32).

La presente investigación se clasifica sin riesgo; puesto que los instrumentos de medición emplean técnicas y métodos de investigación que no realizan ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Por lo tanto no se influirá el estado de salud de los adultos mayores dado que no se manipulará la conducta del sujeto (32).

## 6. RESULTADOS

Participaron en el estudio 398 adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena. El 42,9% (171) de los adultos mayores tenían edades entre 70 y 79, 31,1% (124) entre 60 a 69 años, 25,3% (101) entre 80-89 y el 0,5% (2) entre 90 o más años. (ver tabla 2)

En cuanto al sexo, 51,2% (204) fueron de sexo masculino y 48,7% (194) femenino. El 32,1% (128) estaban casados y 28,1% (112) viudo. (ver tabla 1-3)

Respecto al nivel educativo, en su gran mayoría 44,9% (176) tenían primaria incompleta, 24,3% (97) primaria completa. Pertenecían en su mayoría a estrato 1 el 4,7% (190), seguido del estrato 2 con 45,7% (182) y solo el 6% (24) al estrato 3. (ver tabla 4-5)

En cuanto a la ocupación; el 77,8% (298) se encuentra desempleado, seguido por el 9,2% (37) que se encuentran pensionados, y solo el 1,2% (5) aún trabajan. La mayoría de adultos mayores pertenecen a la religión católica 77,3% (308), pertenecen a la religión evangélica el 15,2% (61) y el 4,7% (19) no pertenece a ninguna religión. (ver tabla 6-7).

En cuanto a la depresión según la escala de Yesavage, la prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados fue de 7.7%, 6.7% (31) de ellos, presentaron depresión leve, el 1% (4) presentaron depresión severa y el 92.2% (367) no presentaron depresión (Ver tabla8).

## 7. DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que la prevalencia de depresión en los adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena fue de 7,7%. El 6,7% presentó depresión leve y el 1% depresión severa; datos consistentes a los informados por Bustos L. y Sánchez J. (33) quienes en una muestra de 107 adultos mayores del municipio de Chía Cundinamarca, observaron que el 89,9% no prestaron depresión, mientras que el 8,5% tuvo depresión leve y el 1,7% depresión severa.

Esto difiere a lo encontrado por Cogollo, Z. (18) en un estudio de síntomas depresivos con importancia clínica en adultos mayores de asilos públicos de la ciudad de Cartagena, donde el 53,8% presentó alta prevalencia de síntomas depresivos. De la misma manera, varios estudios han informado altas prevalencias de síntomas depresivos en población de adultos mayores; Bordas M, y cols. (16) con 66 adultos mayores de la ciudad de Barranquilla encontró que el 36,4% presentó depresión, el 24,2% tuvo depresión leve y el 12,1% severa. Cosgaya L. y cols. en una población de 86 personas, mostró que el 51,39% presentó depresión, el 20% leve y el 31,39% severa (34).

En este estudio, se observó que un 48,7% de los adultos mayores fueron mujeres y estas eran más propensas a deprimirse; datos similares a los encontrados en la mayoría de las investigaciones indagadas como: Márquez E. y cols. (35) en una población de 277 ancianos de una zona urbana de la ciudad de México, en la cual encontró que un 67,1% eran mujeres, siendo estas más propensas a la depresión. Igualmente Sarro M. y cols. (9) de una muestra de 220 personas, encontró que el 58,6% eran mujeres con depresión. Ávila-Funes J. y cols. (19) en una población de 1880 observaron que el 52,2% correspondió a mujeres; y Hernández Z y cols. (10) en una muestra de 84 adultos mayores observaron que la mayoría eran mujeres con 52,5%.

Según los resultados encontrados, la mayoría de los adultos mayores tenían edades entre 70-79 años representando el 42,9%; datos similares a los reportados por Vinicio R, (36) en una población de 117 adultos mayores en Cuenca. Así mismo, Bustos L. y Sánchez J. (33) encontraron edades entre 81 -85 años con 27,1%; mientras que Borda M. y cols. (16) en su investigación en hogares geriátricos en la ciudad de Barranquilla, encontraron como edades predominantes el rango de 65 a 70 años con 27%.

En cuanto al estado civil se encontró que el 32,1% de los adultos mayores encuestados estaban casados, seguido de los viudos con un 28,1%. Datos similares a los encontrados por Acosta C. y cols. (37) en un estudio donde la mayoría fueron casados con 61% y

los viudos 30%. De igual forma Hoyl T. y cols. (38) en un estudio observaron que la gran totalidad de los adultos eran viudos con un 45%, seguidos de los casados con 39%. Mientras que Borda M. y cols. (16) en una investigación sobre depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla, encontraron que la gran mayoría eran solteros 45%, seguido de los viudos siendo el 33%.

Respecto al nivel de escolaridad y al estrato socioeconómico el 44,9% de los adultos mayores de este estudio tenían primaria incompleta y el 47,7% pertenecían a estrato 1. Segura Cardona A. y cols. (39) en su estudio de Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores en Antioquia, con una muestra de 4.248 participantes evidenciaron que la primaria incompleta fue el nivel educativo predominante 61,8 %, aunque no especifica el estrato socioeconómico de su población; al igual que el estudio de Borda M, quien encontró que 24% de los adultos mayores tenían solo primaria incompleta (16). Mientras que Estrada A. y cols. (14) en un estudio de Síntomas depresivos en 276 adultos mayores institucionalizados, mostraron que el nivel educativo que predominó fue la primaria completa con 51,1%, seguida por la secundaria completa 25%, datos que difieren totalmente de los resultados arrojados en este estudio.

En este estudio se encontró que el 77,3% de los adultos mayores profesan la religión católica, de igual forma Francke R. y cols. (40) encontraron que el 91,5% pertenecían a la religión católica. La asistencia asidua a actividades religiosas se ha documentado como un factor protector para la depresión en los ancianos. Estas actividades religiosas diarias son frecuentes en las personas mayores, especialmente en aquellos que padecen enfermedades. La participación constante en estas actividades está asociada a mayor energía y menor presencia de depresión; pudiendo representar una vía a través de la cual la espiritualidad influencia el estado mental de la población geriátrica (20).

Por otra parte, participar en las actividades religiosas disminuye el riesgo de depresión, lo cual va de la mano con el apoyo social que esto significa para los adultos mayores, la capacidad para afrontar los eventos negativos de la vida requieren invariablemente de una apropiada red de apoyo social que se relaciona con un mejor estado mental y con menor aparición de depresión. Por lo tanto, que la superación y el enfrentamiento a los factores estresantes de la vida es un mecanismo adaptativo a través del cual el apoyo social interviene y será definitivo para la salud mental y afectiva del individuo (20).

Los adultos mayores son vulnerables a muchos problemas de salud por los procesos degenerativos de su organismo; estos cambios fisiológicos dificultan el mantenimiento y repercuten alterando la satisfacción de sus necesidades vitales. Por ello se requiere valorar al adulto mayor desde una perspectiva integral que permita identificar los problemas emocionales que presentan ellos (41).



Por lo tanto enfermería juega un rol importante en la atención del adulto mayor, pues está en la condición de brindar una atención integral de forma oportuna, segura, continua y humanística; la cual se basará en la esencia del cuidado, que tiene como objetivo facilitar la participación de los adultos mayores en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades. Esta participación deberá orientarse hacia el mantenimiento de su autonomía, la aceptación de sus limitaciones y dependencia o del soporte preciso para superar sus pérdidas, mediante una adecuada información, interrelación y educación sanitaria (42).

Como se ha mencionado, el profesional de enfermería cumple una función integral respecto al adulto mayor, ya que brinda atención a todos los aspectos de la vida del anciano, dado que es quien está constantemente satisfaciendo y restableciendo el bienestar de las personas sanas y enfermas, que es lo que caracteriza a la disciplina de enfermería. En ese sentido la atención en el anciano debería estar centrada en favorecer un envejecimiento saludable y la detección e intervención temprana de los problemas de salud incluidos los problemas emocionales como es el caso del trastorno depresivo (42).

Dado, que la depresión en esta etapa de la vida contribuye a que se agudicen las alteraciones físicas, incluso puede confundir el diagnóstico de cualquier enfermedad y una pseudo-demencia; de ahí que sea indispensable contar con personas expertas en el manejo del anciano como es el caso de los enfermeros que le permitan identificar y tardar de manera adecuada al paciente geriátrico (42).

La limitación de este estudio tiene que ver con que solo se realizó en los centros de vida y no en toda la población cartagenera, que la población encuestada solo pertenecían a los estratos sociales: 1, 2 y 3; lo que impide que los resultados puedan ser generalizables.

Sin embargo, las fortalezas tienen que ver con el fácil diseño del estudio, el cual permitió una rápida obtención de información y así posteriormente de resultados.

## 8. CONCLUSIÓN

Se encontró una baja prevalencia de depresión en los adultos mayores en los centros de vida de Cartagena.

La población que presenta un mayor porcentaje de depresión es la femenina y el grupo de edad más afectado es el de 70 -79 años.

La depresión es más frecuente en los adultos mayores separados y viudos; los que han cursado primaria incompleta y los que se encuentran en los estratos más bajos: nivel 1 y 2; y quienes estaban desempleados presentaron mayor prevalencia de depresión.

Con este estudio se puede demostrar que la población adulto mayor de Cartagena, es una población que se encuentra totalmente satisfecha con su vida, que a pesar de su edad y las diferentes situaciones socioeconómicas en las que viven, son personas que dicen estar aún llenos de energía, que aunque en el mayor porcentaje existe el temor de que les pase algo malo, se sienten feliz la mayor parte del tiempo.

Es claro evidenciar que es una población que no ha sufrido abandono, y que a pesar de las limitaciones propias de la edad, tienen la mentalidad de ser capaces de poner en marcha nuevos proyectos.

## **9. RECOMENDACIONES**

Seguir haciendo estudios sobre la depresión utilizando otras variables.

Realizar estudios comparativos, de la depresión en el adulto mayor en población rural y urbana.

Promover programas y actividades recreativas como: viajes, juegos, ejercicios para los adultos mayores para propiciar ambientes saludables así como mantener estado óptimo de salud para transitar por esta etapa de la vida y evitar la presencia de cuadros depresivos.

Crear un consultorio de enfermería en los centros de vida que implementen acciones preventivas enfocadas a la salud mental.

Crear estrategias que ayuden a desarrollar conciencia del autocuidado lo cual nos ayudara a proveerle una mejor calidad de vida a los adultos mayores.

## **10. AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios primeramente por habernos acompañado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Gracias a nuestros padres por apoyarnos en todo momento, por los valores que nos han inculcado, por darnos la oportunidad de tener una excelente educación a lo largo de nuestras vidas y más por ser dignos ejemplos a seguir.

Le agradecemos la confianza, apoyo, dedicación y el tiempo brindado a nuestra tutora Ana Acosta primeramente, y además a la doctora Zuleima Cogollo por haber compartido con nosotros sus conocimientos y amistad.

Y por último, pero no menos importante, agradecemos a los adultos mayores y a los centros de vida que nos permitieron desarrollar nuestra tesis de pregrado de manera satisfactoria.

## 11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. la salud mental y los adultos mayores. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
2. Medina O, Mira G y Medina Z. Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores institucionalizados de la ciudad de Medellín. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2299/1/Trabajo.pdf>
3. Gómez Restrepo C. Bohórquez A. Pinto Masis D. Gil Laverde J. Rondón Sepúlveda M. Díaz Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev. Panam salud publica vol. 16 n.6.
4. Organización Mundial De La Salud. Depresión. disponible en: [http://translate.google.com.co/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/index1.html&prev=/search%3Fq%3\(1\)%2Bhttp](http://translate.google.com.co/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index1.html&prev=/search%3Fq%3(1)%2Bhttp). Fecha de acceso 27/09/2012.
5. Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica, tratamiento de personas con depresión. Serie guías clínicas MINSAL N° XX, 1ª edición. Santiago: Minsal, 2006. [www.infogerontologia.com/documents/patologias/trastornos\\_afectivos/guia\\_clinica\\_depre.doc](http://www.infogerontologia.com/documents/patologias/trastornos_afectivos/guia_clinica_depre.doc) revisado 15/09/2013.
6. Aldana Olarte R, Pedraza Marín J. Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010. Trabajo de especialización (epidemiólogo). Universidad del Rosario-CES. URL disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n4/v7n4ao4.pdf>.
7. Aguera Ortiz L, Frances Román I, Gayoso Orol M, Gil Gregorio P, Martín Carrasco M, Sánchez Pérez M. Guía de buena práctica clínica en geriatría, depresión y ansiedad. (www.segg.es/download.asp?file=media/.../guiaDepresionAnsiedad.pdf).
8. Aguilar Navarro S, Ávila Funes J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Mex [en línea] 2007 [fecha de acceso 27/09/2012]; Vol. 143 no. 2. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>.

9. Sarro M, Ferrer A, Rando Y, Formiga F, Rojas S, Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. SEMERGEN - medicina de familia. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313000178>
10. Hernández Z. Vásquez J. Ramo A. depresión en adultos mayores hospitalizados. una propuesta integral de intervención del psicólogo. Rev. Electrónica Medicina, Salud y Sociedad, vol. 3 No. 1 septiembre – diciembre 2012. [http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/3\\_1/3\\_1Depresion Adultos Mayores.pdf](http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/3_1/3_1Depresion Adultos Mayores.pdf)
11. Galván P, Fernández E, Fonseca J, Síntomas residuales en el anciano con depresión. SEMERGEN - Medicina de Familia. Volume 38, Issue 5, July–August 2012, Pages 285–291. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359312000196>
12. Pando Moreno M., Aranda Beltrán C, Alfaro N, Mendoza Roaf P. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 36(3) ,140-144. Revisado en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139x0174704x>
13. Tapia Mejía M, Morales Hernández J, Cruz Ortega R, De la Rosa Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Rev Enferm IMSS, 8(2), 87-90.
14. Estrada Restrepo A, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordoñez Molina J, Osorio Gómez J, Chavarriaga Maya L (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universidad psicologica, 12(1), 81-94.
15. Durán T. Aguilar M. Martínez M. Rodríguez T. Gutiérrez G. Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal: un estudio poblacional en Bucaramanga Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf>
16. Bordas Pérez M, Anaya Torres M, Pertuz Rebolledo M, M., Romero De León L, Suarez García A, Suarez García A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Rev. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (1): 64-73.
17. Campo-Arias A, Urruchurtu Mendoza Y, Solano Morales T, Vergara Pino A, Cogollo Z. consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo

de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena (Colombia). Rev. Salud Uninorte. Barranquilla (col.) 2008; 24, (1): 1-9.

18. Cogollo, Z. síntomas depresivos con importancia clínica en adultos mayores de asilos públicos de la ciudad de Cartagena. Tesis pregrado.2007.Cartagena. Universidad de Cartagena
19. Ávila-Funes J. A, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud pública de México, 49(5), 367-375.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342007000500007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342007000500007&script=sci_arttext)
20. Bolaños M. Helo Guzman F. Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/20777/20922>
21. Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF/Recursos/Depresión/GPC\\_Prof\\_Sal\\_Depre.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF/Recursos/Depresión/GPC_Prof_Sal_Depre.pdf)
22. Sánchez B. Manejo del trastorno depresivo mayor. Disponible en: <http://ww2.castello.san.gva.es/csrafalafena/images/clinicos/depresion.pdf>
23. Douglas C. Nance, Depresión en el adulto mayor. (<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>. Fecha de acceso 27/09/2012).
24. University of Maryland Baltimore Washington Medical Center. Depresión en los ancianos. Disponibles en <http://www.mybwmc.org/library/5/001521>. fecha de acceso 03/10/2012
25. MedlinePlus. Depresión en los ancianos. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001521.htm>. fecha de acceso 27/09/2012.
26. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Disponible en:[http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401512/2. Entorno de conocimiento/unidad 2/pichot 323-399.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401512/2_Entorno_de_conocimiento/unidad_2/pichot_323-399.pdf)

27. Castro R. art. Trastorno Depresivo Mayor. Episodio Único. Disponible en: (<http://fernandomiralles.es/CEU/sesionclinica4.pdf>)
28. biopsicologia.net - biología y salud. Disponible en: (<http://www.biopsicologia.net/el-proyecto/nivel-4-patologias/938-trastorno-depresivo-mayor>)
29. Fernández J. art. Trastorno distímico: cuando la depresión persiste. Disponible en: (<http://www.drjosefernandez.com/pdf1/22.pdf>)
30. Montes, C. (2004) La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. (En línea).<http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeDieciocho/Articulos/Psiq uiatria/ArchivosPDF/psiquiatria.pdf> (2006, septiembre 6).
31. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. ([http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion\\_helsinki.pdf](http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf) Consultado: 10 de mayo de 2012).
32. Comisión séptima del senado de Colombia. Disponible en: (<http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20CUADRO%20RESOLUCIONES%201993%20AL%202008%20-%20202.pdf> Consultado: 10 de dic. 2014)
33. Bustos L. y Sánchez Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en hogar geriátrico en el municipio de chía y su relación con percepción de funcionalidad familiar. Bogotá. Tesis de posgrado. Universidad de la sabana.2015.disponible en; <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2082/Luisa%20Fernanda%20Bustos%20Angulo.pdf?sequence=1>
34. Cosgaya L. Ramírez E. Pinto M. et al. Revista electrónica de psicología Iztacala. Nivel de depresión en personas mayores de 65 años del estado de Yucatán según su contexto social. Disponible en: (<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num3/vol17no3art4.pdf>)
35. Márquez E. Soriano Soto S, García Hernández A, Falcón García M. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Rev. Elsevier Volume



36, Issue 6, October 2005, Pages 345–346.  
Disponible:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670570508>

36. Vinicio R. prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del instituto de promoción, para el envejecimiento activo del instituto ecuatoriano de seguridad social. Cuenca.2014. universidad de cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21203/1/TESIS.pdf>
37. Acosta Quiroz C. García Flórez R. Ansiedad y depresión en adultos mayores. Rev. Universidad veracruzana. Vol. 17, No 2 (2007).disponible en:<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/714/1257>
38. Hoyl T. Valenzuela E. Marín P. 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 v.128 n.11 Santiago nov. 2010. Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000001100003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003).
39. Segura Cardona A. Cardona Arango D. Segura Cardona A. Garzón Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012 .Rev. salud pública. 17 (2): 184-194, 2015 .disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>
40. Francke Ramm M. El sentido de la vida y el adulto mayor en el área metropolitana de monterrey. Disponible en: ([www.psicogerontologia.maimonides.edu](http://www.psicogerontologia.maimonides.edu)).
41. Altamirano Requejo, N. Chávez Sánchez, J. C. Calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción del usuario adulto mayor. servicio de hospitalización medicina. hospital II-2 minsa tarapoto. agosto- diciembre 2011. Tarapoto, Perú. Tesis de pregrado. Universidad Nacional San Martin.
42. Licas. M. nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014 Lima, Perú 2015, disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf)

## 12. TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vida de Cartagena, según el sexo

Sexo	N	%
Hombre	204	51,2
Mujer	194	48,7
Total	398	100,0

Tabla 2. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según edad.

Edad	N	%
60-69	124	31,1
70-79	171	42,9
80-89	101	25,3
90 o +	2	0,5
Total	398	100,0

Tabla 3. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según el estado civil

Estado civil	N	%
Soltero	67	16,8
Casado	128	32,1
Viudo	112	28,1
Separado	39	9,7
Unión libre	52	13
Total	398	100,0

Tabla 4. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según nivel educativo.

Nivel educativo	N	%
ninguna	48	12
Primaria incompleta	176	44,9
Primaria completa	97	24,3
Secundaria incompleta	39	9,7
Secundaria completa	32	8
Técnica / tecnológica	6	1,5
Universitario	0	0
Total	398	100,0

Tabla 5. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según estrato

Estrato	N	%
1	190	47,7
2	183	45,9
3	24	6
4	1	0,25
Total	398	100,0

Tabla 6. Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según ocupación.

Ocupación	N	%
Empleado	5	1,25
Desempleado	298	74,8
Independiente	30	7
Pensionado	39	9,2
Ama de casa	9	3,2
Otro	17	4,2
Total	398	100,0

Tabla 7 Características sociodemográficas de adultos mayores en centros de vidas de Cartagena según religión.

Religión	N	%
Ninguna	19	4,7
Católica	308	77,3
Cristiana	48	12
Evangélica	13	3,2
Test. de jehová	5	1,25
Ateo	1	0,25
Mormón	1	0,25
Adventista	1	0,25
Pentecostal	2	0,5
Total	398	100,0

Fuente: encuesta características sociodemográficas

Tabla 8. Prevalencia de depresión según test de Yesavage en adultos mayores. Centros de vida. Cartagena, 2015.

Depresión (Test Yesavage)	Nº	%
Sin depresión	367	92.2%
Depresión leve	27	6.7%
Depresión severa	4	1%
TOTAL	398	100%

Fuente: test de Yesavage.

Tabla 9. Resultados del test de Yesavage.

	si	%	no	%
¿Está satisfecho con su vida?	355	98.3%	6	1.6%
¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	106	29.3%	255	70.6%
¿Nota que su vida está vacía?	52	14.4%	309	85.5%
¿Se encuentra a menudo aburrido?	43	11.9%	318	88%
¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	345	95.5%	16	4.4%
¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	108	29.9%	253	70%
¿Se siente feliz la mayor parte de tiempo?	141	39%	220	60%
¿Se siente a menudo abandonado(a)?	42	11.6%	319	88.3%
¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	86	23.8%	275	76.1%
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	117	32.4%	244	67.5%
¿Cree que vivir es maravilloso?	356	98.6%	5	1.3%
¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	121	33.5%	240	66.4%
¿se encuentra lleno de energía?	319	88.3%	42	11.6%
¿Cree que su situación es desesterada?	34	9.4%	327	90.5%
¿Cree que los otros están mejor que usted?	42	11.6%	319	88.3%

Fuente: test de Yesavage.

### 13. ANEXOS

#### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado (a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_

Doy mi autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en un estudio a realizar por los estudiantes de enfermería de la universidad de Cartagena sobre **“prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena.”** liderado por Ana Acosta López.

Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy una persona de 60 años o más, tengo voluntad para dar información por medio de una encuesta y aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15) la cual evalúa específicamente el estado afectivo de los adultos mayores y deseo participar. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito de ser necesario usare un apodo que yo seleccione, durante la(s) entrevista(s) podrá estar presente un miembro de mi familia, si así lo deseo y se mantendrá respecto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré el derecho a n continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi familia, mi integridad física, social o la prestación de los diferentes servicios de salud que recibo.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para brindar un mejor cuidado a otros adultos mayores y que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a los investigadores responsables del proyecto, al teléfono 6698181.

Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlos y resolver cualquier duda.

\_\_\_\_\_  
Firma paciente

\_\_\_\_\_  
firma investigador

Fecha de realización: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: ENCUESTA CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Encuesta N° \_\_\_\_\_

En el diligenciamiento de la siguiente encuesta se respetara la autonomía de los participantes y se mantendrá la confidencialidad de la información.

Nombres:

Edad \_\_\_\_\_ años cumplidos

Sexo    masculino \_\_\_\_\_    femenino \_\_\_\_\_

Estado civil    Soltera \_\_\_\_\_    Casada \_\_\_\_\_    Unión libre \_\_\_\_\_    Separada \_\_\_\_\_    Viuda \_\_\_\_\_

Estrato social                    1 \_\_\_\_\_    2 \_\_\_\_\_    3 \_\_\_\_\_    4 \_\_\_\_\_    5 \_\_\_\_\_

Escolaridad    Primaria completa \_\_\_\_\_    Primaria incompleta \_\_\_\_\_

Secundaria completa \_\_\_\_\_    Secundaria incompleta \_\_\_\_\_    Técnico \_\_\_\_\_

Universidad completa \_\_\_\_\_    Universidad incompleta \_\_\_\_\_    ninguno \_\_\_\_\_

Número de hijos \_\_\_\_\_

Ocupación:    Empleado (a) \_\_\_\_\_    Desempleado (a) \_\_\_\_\_    independiente \_\_\_\_\_

pensionado(a) \_\_\_\_\_    otro \_\_\_\_\_

EPS \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_



**ANEXO 3: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.**

	SI	NO
¿Está satisfecho con su vida?	0	1
¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
¿Nota que su vida está vacía?	1	0
¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
¿Se siente feliz la mayor parte de tiempo?	0	1
¿Se siente a menudo abandonado(a)?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	1	0
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
¿se encuentra lleno de energía?	0	1
¿Cree que su situación es desesterada?	1	0
¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0
Total		

Resultados	
0-5	Normal
6-9	Depresión leve
>9	Depresión establecida

**ANEXO 4: MINI PRUEBA DEL ESTADO MENTAL**

**MINI MENTAL STATE EXAMINATION  
(MMSE)**

*Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Varón [ ] Mujer [ ]  
 Fecha: \_\_\_\_\_ F. nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estudios/Profesión: \_\_\_\_\_ N. Hª: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1		<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)</b>	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)</b>	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		<b>Nº de repeticiones necesarias</b> <b>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)</b>	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)		<b>ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)</b>	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		<b>RECUERDO diferido (Máx.3)</b>	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos interseccionados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1		<b>LENGUAJE (Máx.9)</b>	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia		<b>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</b>	