

FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA



INFORME FINAL

**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE
SE ENCUENTRAN EN LA SALA DE ESPERA DE UNA CLINICA
PRIVADA.”**

Para optar al título de:
Master en Neuropsicofarmacología Clínica

Presentado por: Tatiana Beatriz Molet

Profesor Asesor: Dr. Gustavo Tafet

Ciudad de Buenos Aires, Marzo 2022

FUNDACIÓN H.A. BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN NEUROPSICOFARMACOLOGIA CLINICA
BUENOS AIRES
ARGENTINA
2022

ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado 1

Jurado 2

Buenos Aires (Argentina), marzo de 2022

DEDICATORIA

A mis padres.

A mi compañero de vida

A Eleze, el mejor del mundo mundial

ÍNDICE.

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCION	9
JUSTIFICACION-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
MARCO TEORICO	13
OBJETIVO	24
General	24
Específicos	24
MATERIAL Y MÉTODO	25
DESARROLLO Y ANALISIS	28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
DISCUSION	40
CONCLUSIÓN	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	45

RESUMEN:

Con el avance de la ciencia y el aumento de la esperanza de vida al nacer en los últimos años, el envejecimiento poblacional es una realidad indiscutible en nuestro país, así como en el resto del mundo.

Actualmente en la Argentina la Esperanza de vida al nacer es de 76,74 años (2017) y datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) registran que entre 1970 y 2010, el porcentaje de mayores de 65 años pasó del 7 al 10,23%. Por otro lado, proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indican que hacia 2050 el 25% de la población argentina tendrá 60 años o más.

La contundencia de estos datos hace que el conocimiento de cuadros psicopatológicos en esta etapa sea fundamental, ya que la alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas en el adulto mayor es un importante problema de salud, cada vez más imperioso debido al progresivo envejecimiento poblacional.

La depresión es el síndrome psiquiátrico más frecuente entre los adultos mayores generando un significativo impacto funcional y en la calidad de vida de los que la padecen.

En este contexto surge el interrogante acerca de cuál es la prevalencia de depresión que presentan los adultos mayores que permanecen en la sala de espera de una clínica privada en la ciudad de Puerto Rico, Misiones, Argentina.

La autora Tatiana Molet plantea la investigación, realizando un estudio descriptivo de corte transversal en personas de 65 años y más que asistieron durante los meses de octubre y noviembre de 2019 a la sala de espera de la Clínica Vecchia SRL.

Con una población total de 105 pacientes quedaron excluidos un total de 5, por lo que la muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores. Como

instrumento se utilizó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada (versión española) GDS-VE

Según las encuestas realizadas un 44% no tiene depresión, mientras un 31% de los encuestados tiene síntomas de Depresión leve y un 25% alcanza una puntuación para Depresión establecida.

Se concluyó que en la sala de espera de la clínica privada la prevalencia de Depresión es del 56%

PALABRAS CLAVES: ADULTOS MAYORES, DEPRESION, YESAVAGE ABSTRACT

With the advancement of science and the increase in life expectancy at birth in recent years, population aging is an indisputable reality in our country, as well as in the rest of the world.

Currently in Argentina, life expectancy at birth is 76.74 years (2017) and data from the INDEC record that between 1970 and 2010, the percentage of people over 65 years of age went from 7 to 10,23%. On the other hand, projections from the United Nations Population Fund (UNFPA) indicate that by 2050 25% of the Argentine population will be 60 years of age or older.

The forcefulness of these data makes the knowledge of psychopathological conditions at this stage essential, since the high prevalence of psychiatric diseases in the elderly is an important health problem, increasingly due to the progressive aging of the population.

Depression is the most common psychiatric syndrome among older adults, generating a significant functional impact and on the quality of life of those who suffer from it.

In this context, the question arises about what is the prevalence of depression in older adults who remain in the waiting room of a private clinic in the city of Puerto Rico, Misiones, Argentina.

The autor Tatiana Molet propose the research, conducting a descriptive cross-sectional study in people 65 years of age and older who attended the waiting room of Vecchia Clinic, during the months of October and November 2019.

With a total population of 105 patients, a total of 5 were excluded, so the sample consisted of 100 older adults. The instrument used was the abbreviated Yesavage Geriatric Depression Scale (Spanish version) GDS-VE

According to results, 44% do not have depression, while 31% of them have symptoms of mild Depression and 25% achieve an score for established Depression.

It was concluded that in the waiting room of the private clinic the prevalence of Depression was 56%.

KEY WORDS: OLDER ADULTS, DEPRESSION, YESAVAGE

INTRODUCCIÓN

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente con síntomas caracterizados 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.

La prevalencia de este trastorno ha ido en aumento en las últimas décadas, se calcula que actualmente entre el 2 y 4% de la población general presenta este diagnóstico, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. Es considerada además la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales.

La depresión es uno de los síndromes más comunes y que generan más discapacidad en la población de adultos mayores y es importante destacar que guardan estrecha relación con la dependencia al alcohol y otras sustancias, como así también con los suicidios

Su frecuencia varía según el contexto siendo mayor en aquellos que permanecen en residencias comparado con los que se encuentran hospitalizados o en la comunidad.

Se considera que la depresión en los Adultos mayores que viven en la comunidad es del 10%, en los que están institucionalizados en residencias geriátricas oscilan entre el 15-35% y en los que se encuentran hospitalizados las cifras varían entre el 10-20%, estos valores aumentan significativamente cuando existen comorbilidades.

Consiste en un cuadro heterogéneo que en adultos mayores presenta algunas características diferenciales, siendo en este grupo etario los factores psicosociales más importantes en su etiopatogenia que en personas jóvenes. Los cambios biológicos propios del proceso de envejecimiento, las alteraciones cognitivas, las comorbilidades y la polifarmacia hacen que esta población sea más vulnerable a desarrollar sintomatología depresiva.

Sin embargo, muchas veces los adultos mayores con depresión no son adecuadamente asistidos, ya sea por las dificultades diagnósticas, o los mismos

prejuicios relacionados con estos trastornos. También cabe destacar que a menudo los adultos mayores están más preocupados por su sintomatología clínica que por sus alteraciones del estado de ánimo lo que dificulta el diagnóstico. Durante muchos años se pensaron a los síntomas depresivos como parte del proceso de envejecimiento, aunque esto en la actualidad ha sido descartado, por lo tanto, es erróneo creer que es normal que los adultos mayores se depriman.

Es importante que el personal de salud sea capaz de reconocer la depresión en adultos mayores, ya que tratadas adecuadamente tienen buena evolución, en especial las formas simples, pero, al contrario, si la depresión no es tratada puede durar años, provocando un deterioro funcional no solo físico sino también social, empeorando las comorbilidades y aumentando el riesgo de suicidio.

La depresión es una patología que altera la calidad de vida de los adultos mayores generando altos costos de salud y sociales. Suponen un problema sanitario, económico y psicosocial.

Etiología

La depresión en el adulto mayor, cualquier sea su forma clínica, es el resultado de un conjunto de factores heterogéneos, la etiología por lo tanto es bio-psico-social.

En relación a los Factores Biológicos podemos decir que la depresión es más frecuente en adultos mayores físicamente enfermos que en los que están sanos. Se considera que los principales factores de riesgo son la gravedad de la enfermedad física, el grado de incapacidad que la misma provoca, el deterioro cognitivo y una historia psiquiátrica previa.

Otros problemas médicos que pueden ocasionar depresión son las enfermedades endocrinas, metabólicas, el abuso de fármacos, alcohol y drogas.

Con respecto a los factores psicosociales, numerosos estudios destacan la importancia de los acontecimientos vitales adversos que pueden desencadenar

alteraciones del estado de ánimo en los AM. Por ejemplo: la muerte del conyuge o de un ser querido, las enfermedades, la discapacidad, el deterioro funcional, la jubilación y pérdida de un estatus social y económico, las dificultades económicas, el aislamiento social, la soledad, el rechazo de la familia, las limitaciones de la autonomía, el estigma social.

Manifestaciones clínicas

Si bien, el síntoma predominante de la depresión es la disminución del estado de ánimo, en los adultos mayores muchas veces se presenta de una forma atípica, lo que obstaculiza el diagnóstico.

La mayoría de los estudios coinciden que los trastornos afectivos del anciano, están infradiagnosticados e infratratados.

Es muy frecuente que los pacientes de más edad tiendan a tener un aumento en quejas somáticas, agitación, pensamientos de muerte, falta de concentración, trastornos del sueño, y enlentecimiento.

Un síntoma bastante habitual es la anhedonia, caracterizada por la imposibilidad de sentir placer y la pérdida de ilusión.

Otros síntomas característicos son la irritabilidad, el aplanamiento afectivo, enlentecimiento a nivel del pensamiento, pérdida de apetito y de peso.

El paciente tiende a sentirse inseguro, con pensamientos de desvalorización, y alteraciones del sueño, de las cuales la más común es el insomnio de despertar precoz.

Muchos pacientes presentan alteraciones cognitivas y de la atención

Los adultos mayores presentan con mayor frecuencia sintomatología psicótica, (depresión psicótica), dicho cuadro se caracteriza por ideas delirantes de culpa, de persecución, celotipias, e incluso ideación suicida.

JUSTIFICACION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en el adulto mayor supone un importante problema de salud, cada vez más imperioso teniendo en cuenta progresivo envejecimiento de la población.

De los trastornos psiquiátricos, la depresión es la patología más frecuente en el adulto mayor, consiste en síntomas caracterizados por estado de ánimo triste la mayor parte del día, anhedonia, disminución del interés por las actividades cotidianas, con una duración de al menos dos semanas.

Es importante destacar que la depresión en este grupo etario presenta características diferenciales, lo cual dificulta su diagnóstico y posterior tratamiento.

Teniendo en cuenta que diagnosticado a tiempo y con tratamiento adecuado es un trastorno de buena evolución, consideramos necesario conocer la prevalencia de depresión en adultos mayores que concurren a una clínica privada de la ciudad de Puerto Rico, Misiones.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de adultos mayores que permanecen en una sala de espera de una clínica privada de la ciudad de Puerto Rico, Misiones, Argentina?

MARCO TEORICO

ADULTO MAYOR

El envejecimiento poblacional es un fenómeno en el que participan diversos factores: biológicos, psicológicos y sociales.

El envejecimiento biológico de órganos y funciones se produce a diferentes niveles, molecular, celular y sistémica, las cuales pueden traducirse en pérdida celular, declinación fisiológica y pérdida de la vida. El envejecimiento psicológico consiste en la adaptación a un cuerpo que se deteriora, y las pérdidas que deben compensarse con mejores contactos sociales con los propios hijos y otros familiares o amigos. Otra adaptación esencial, se refiere a la jubilación y su consecuente descenso de recursos económicos y de lazos sociales.

El envejecimiento es un proceso continuo, universal, progresivo e irreversible que resulta en una creciente vulnerabilidad a estrés psicológico, fisiológico y sociológico con su consecuente incremento de vulnerabilidad al desarrollo de la mayoría de las enfermedades.

Cada individuo transcurre el proceso de envejecimiento de forma particular, debiendo enfrentar diferentes condiciones no solo de su propio organismo sino también del medio social en que vive.

En una sociedad en la que ambas generaciones valoran su independencia, la posibilidad de ser dependiente puede resultar desmoralizadora.

Anteriormente las personas adultas mayores eran respetadas dentro de la sociedad, se los relacionaba con la sabiduría y ocupaban cargos de gobernantes o consejeros, en la actualidad el envejecimiento está relacionado con términos como enfermedad, invalidez, debilidad, incapacidad, etc. lo que hace que los adultos mayores se autoperciban de esta manera, es necesario que se cambie la forma de percibir el envejecimiento y a los Adultos Mayores, ayudando a eliminar los estereotipos negativos de la vejez.

Se considera adulto mayor a toda persona que cuente con 65 años o más.

Según el Censo 2010, la población argentina asciende a 40900000 habitantes, de los cuales un 10,2% tiene 65 años y más; es decir, existe una alta proporción de personas mayores con relación a la población total.

Según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, para el año 2050, en nuestro país una de cada cinco personas tendrá 65 años y más.

Una de las características de la población adulta mayor es la feminización de sus componentes, a causa de los mayores niveles de sobremortalidad masculina. Para el año 2010, de un total de 4,1 millones de personas de 65 años y más, 2,4 millones corresponden a mujeres y 1,7 millones a varones.

Otra de las características salientes del proceso de envejecimiento en nuestro país es su perfil urbano. Según datos del Censo 2010, en la CABA reside el mayor porcentaje de población de 65 años y más (15,7%), seguida por el interior de la provincia de Buenos Aires (11,5%); las provincias de Santa Fe (11,1%); La Pampa (10,9%) y Córdoba (10,8%). Entre las menos envejecidas se encuentran las provincias de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (3,6%), Santa Cruz (4,9%), Misiones (6,2%) y Neuquén (6,4%).

DEPRESIÓN

Concepto y generalidades.

La depresión es 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.

Un estado depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza y no puede ser resuelto a voluntad.

Los sentimientos normales de tristeza y alegría son una respuesta normal a la adversidad, el fracaso o el triunfo y el éxito. Incluso periodos de tristeza y pesimismo o desgano e irritabilidad transitorios son normales y ocurren como reacciones a aniversarios y conmemoraciones o a situaciones a las que llamamos crisis vitales (Jubilación, muerte de cónyuge, muerte de amigos). Éstas crisis pueden provocar síntomas de angustia, ansiedad, preocupación, tristeza, que, si se intensifican y prolongan en el tiempo, acompañadas de otros síntomas podrían desencadenar una depresión. Es necesario discriminar la naturaleza mórbida del fenómeno depresivo anormal de la vivencia de tristeza natural y común de cualquier variación normal del estado de ánimo motivado por estas circunstancias vitales.

Síndrome depresivo es un conjunto de signos y síntomas: Alteraciones del ánimo, alteraciones cognitivas y psicomotoras y alteraciones vegetativas que conllevan a dificultades en la vida de relación con una marcada disminución del rendimiento.

Los síntomas se mantienen la mayor parte del día, casi todos los días.

Hipertimia displacentera, sentimiento de tristeza inmotivada o desproporcionado, acompañada de angustia y repercusiones somáticas (opresión en el pecho y garganta).

En algunos casos no se experimenta el sentimiento de pesar sino disminución y hasta ausencia de resonancia afectiva.

Existe pérdida de interés por los seres queridos y actividades, imposibilidad para alegrarse o disfrutar. No puede sentir placer y no le interesan las actividades que antes le resultaban placenteras, nada lo motiva (anhedonia)

Se produce un aislamiento social, se recluye en su casa o habitación. Aumento de la irritabilidad.

Sin tratamiento los síntomas podrían durar semanas, meses o años, pero con un tratamiento adecuado tienen buena evolución.

En el proceso de esta investigación se entiende depresión como un estado de ánimo caracterizado por sensación subjetiva de tristeza, decaimiento, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban. Alteración del afecto que se expresa a través de la disminución del rendimiento cognitivo, motor y perceptivo, que dura 2 semanas como mínimo y compromete la funcionalidad.

Síntomas y signos caracterizados por:

En relación al estado de ánimo el síntoma predominante es la tristeza, puede haber nerviosismo, ansiedad, inquietud.

Sintomatología relacionada con la motivación y conducta: apatía, inhibición, indiferencia y el principal: anhedonia.

Sintomatología orgánica: Trastornos del sueño en forma de insomnio o hipersomnia que afectan a un 80% de las personas adultas mayores. Además, presentan pérdida de peso, pérdida de apetito, disminución de la libido, desesperanza.

El DSM 5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.) utiliza criterios clínicos para detectar depresión.

SINTOMAS PRINCIPALES DE LA DEPRESION GERIATRICA

La depresión es un cuadro heterogéneo y existen muchos síntomas relacionados que afectan las distintas esferas (anímica, somática y cognitiva). Existe consenso respecto a la depresión de inicio temprano y de inicio tardío, entendiéndose a esta última como la que comienza con un primer episodio depresivo después de los 60 años de edad.

En la depresión de inicio tardío hay menos antecedentes familiares psiquiátricos y mayor frecuencia de síntomas psicóticos (Ideación delirante o alucinaciones). En estos casos se relacionan con factores de riesgo cardiovascular y otras comorbilidades. Es importante destacar que habitualmente los pacientes adultos mayores deprimidos presentan polifarmacia lo que interfiere en el tratamiento del cuadro depresivo. Otras características de la depresión en este grupo etario son las alteraciones cognitivas.

Cabe destacar que la depresión en el adulto mayor tiene mayor tendencia a cronificarse y a presentar una respuesta incompleta o tardía al tratamiento psicofarmacológico con un alto riesgo de recaídas.

CLASIFICACION DE LA DEPRESIÓN.

No hay una clasificación específica de cuadros depresivos en el adulto mayor, se utilizan las del DSMIV y Cie-10. Existen muchos pacientes que no cumplen con criterios establecidos en estos manuales, pero es importante destacar que el criterio clínico del especialista es fundamental para poder detectar depresión subclínica y realizar un eventual tratamiento, ya que dichos cuadros afectan significativamente la funcionalidad del paciente.

En las clasificaciones se incluye a la depresión mayor, depresión menor, trastorno distímico y trastorno adaptativo que, si bien no es un trastorno depresivo, puede cursar con síntomas depresivos lo que puede confundir.

Es importante tener en mente la depresión subsindrómica, frecuente en el adulto mayor, tiende a convertirse en depresión mayor y se la relaciona con morbilidad, discapacidad y aumento de la mortalidad.

SINDROME DE DISFUNCION EJECUTIVA-DEPRESION

La función ejecutiva es la capacidad de planificar, organizar, direccionar y evaluar las conductas en todo momento, lo que permite tomar decisiones y resolver situaciones. Está constituida por una base neuroanatómica constituida por los circuitos frontosubcorticales.

Este síndrome se ha definido como una depresión mayor con disfunciones frontoestriatales y rendimientos cognitivos globales inferiores a personas que cursan únicamente con depresión.

El perfil neuropsicológico contempla en la esfera cognitiva dificultades en la fluencia verbal, denominación por confrontación, atención selectiva y alternante, iniciación conductual, control inhibitorio, dificultad en selección de estrategias adecuadas. En la esfera afectiva predomina la lentificación psicomotriz y la anhedonia. En la esfera funcional existe un deterioro en actividades instrumentales de la vida diaria, siendo la pérdida de interés y lentitud los factores que más afectan a esta esfera.

Este cuadro está relacionado a una pobre respuesta terapéutica, tendencia a las recaídas y peor pronóstico.

TRASTORNOS COGNITIVOS ASOCIADOS

La presencia de trastornos cognitivos en cuadros depresivos es frecuente y se asocia a una pérdida de autonomía de los pacientes que lo padecen.

El deterioro cognitivo leve se encuentra en un 60 % de pacientes con depresión geriátrica. Entre el 30 y 40 % de pacientes con Enfermedad de Alzheimer presentan síntomas depresivos o psicóticos.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEPRESIÓN SEGÚN DSM 5

La **Depresión (DSM 5)** se caracteriza por:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) **estado de ánimo deprimido** o (2) **pérdida de interés o de placer**.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En **niños y adolescentes**, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los **niños**, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificar:

- Con características mixtas.
- Con características melancólicas.
- Con características atípicas.
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.

- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
- Con catatonía.
- Con inicio en el parto.
- Con patrón estacional (sólo episodio recurrente).

DESCRIPCION DE LA ESCALA GERIATRICA DE YESAVAGE

La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage diseñada por Brink y Yesavage en 1982 fue creada con el fin de evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas sobrevaloran los síntomas somáticos de menor relevancia en el paciente geriátrico.

La versión original de 30 ítems fue desarrollada a partir de 100 ítems de los que fueron seleccionados los que se relacionan con la puntuación total, se descartaron los que están

relacionados con síntomas somáticos. Los mismos autores realizaron en 1986 una versión abreviada con solo 15 ítems, que ha sido muy difundida y utilizada.

Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas SI/NO diseñado originalmente para ser autoadministrado, si bien se admite también la heteroadministración leyendo las preguntas al paciente y comentando que la respuesta no debería ser muy meditada. El administrador no debe realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, aunque sea preguntado acerca del significado de alguno de ellos.

El sentido de las preguntas esta de forma aleatoria, con el fin de anular la tendencia a responder en un sentido, el marco temporal se refiere al momento actual o durante la semana previa.

Interpretación:

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

Para la versión abreviada se aceptan los siguientes puntos de corte:

Normal: 0-5 puntos

Depresión leve: 6-9

Depresión establecida 10-15 puntos.

Es una escala simple y económica para ser administrada, no requiere estandarización y posee alta sensibilidad y especificidad, por lo que es altamente recomendada para el manejo del paciente geriátrico y es usada para diagnóstico diferencial de pesudodemencia por depresión.

ESCALA ABREVIADA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		O
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	I	
3	¿Siente que su vida está vacía?	I	
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	I	
5	¿se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?		O
6	¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	I	
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?		O
8	¿Se siente a menudo abandonado?	I	
9	¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	I	
10	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que los demás?	I	
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?		O
12	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	I	
13	¿Se siente lleno de energía?		O
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	I	
15	Cree que mucha gente está mejor que usted?	I	

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la prevalencia de depresión de los adultos mayores que se encuentran en la sala de espera de una clínica privada de Puerto Rico

ESPECIFICOS:

Caracterizar población objeto

Establecer la prevalencia de depresión según la edad de los adultos mayores

Identificar la prevalencia de depresión según el sexo de los adultos mayores.

MATERIAL Y METODO

Con el objetivo de determinar el nivel de depresión de adultos mayores se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, el cual se llevó a cabo en los meses de octubre y noviembre de 2019. La población de estudio ha estado formada por hombres y mujeres de 65 años y más que asistieron a la sala de espera de la clínica Vecchia SRL de la ciudad de Puerto Rico, Misiones, Argentina, tuvieran o no un diagnóstico previo de depresión.

Los sujetos fueron reclutados de la sala de espera de forma aleatoria hasta alcanzar el número de sujetos requerido. A todos los participantes se les explicó el estudio a realizar y el objetivo del mismo para que decidieran si deseaban participar, dejando en claro que su participación sería completamente voluntaria, que podrían retirarse en cualquier momento sin sufrir ninguna consecuencia por hacerlo, y que, además, no recibirían ningún beneficio económico. Una vez dada la información y descartadas las dudas al respecto se procedió a administrar la Escala Abreviada de depresión Geriátrica de Yesavage

Población de estudio:

Constituida por adultos mayores de ambos sexos, que se encontraban en la sala de espera de una clínica privada de la ciudad de Puerto Rico, Misiones.

La población total estuvo conformada por 105 adultos mayores, de 65 años y más. Se excluyeron 5 que no pudieron participar (3 por presentar deterioro cognitivo moderado o severo, 1 por presentar diagnóstico de esquizofrenia y 1 por presentar dificultades de la comunicación)

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que acuden a la sala de espera de la Clínica Vecchia SRL durante los meses de octubre y noviembre de 2019.

- Tener una edad igual o mayor a 65 años de edad.
- Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona
- Adultos mayores que acepten participar del estudio.
- Adultos mayores que no presenten criterios de exclusión.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con otras alteraciones mentales (Psicosis, demencias, etc.)
- Adultos mayores con alteraciones sensoriales o motoras graves que impidiesen la evaluación.
- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación.
- Que exista alguna barrera en la comunicación (idioma, disartria, alteraciones neurológicas)

Los datos fueron recogidos en los meses de octubre y noviembre de 2019.

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de depresión en esta población.

A la totalidad de la muestra se le aplicó, por personal médico, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada (versión española) GDS-VE

La escala de depresión geriátrica de Yesavage es una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población de adultos mayores. Se trata de una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para esta población, con una elevada sensibilidad y especificidad. Existe una validación al castellano. Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de pocos minutos para ser completada, con lo cual se reducirían los problemas de fatiga y alteraciones de la atención que se suelen presentar en este grupo de edad, sobre todo si hay alteración cognitiva.

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como: 0-5 normal, 6-9 depresión leve, >10 depresión establecida.

Si bien es una escala autoaplicable, debido al porcentaje de personas analfabetas o con nivel de instrucción bajo y también debido a las alteraciones visuales de los encuestados se decidió que las mismas sean administradas por profesionales médicos.

Por otro lado, es importante mencionar que la aplicación de la escala se realizó por personal médico que no había recibido ningún tipo de entrenamiento previo (únicamente las instrucciones adjuntas al cuestionario)

Delimitación y categorización de las variables (Ver Anexo 4)

1. Depresión: Afectación del estado de ánimo caracterizado por sensación subjetiva de tristeza, decaimiento, desilusión, infelicidad, desesperanza, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban (anhedonia). Se presentan además síntomas vegetativos, cognitivos y motivacionales, con franca disminución de la funcionalidad de sujeto. Se evalúa a través de la escala de Yesavage para la Depresión, a la que ya hicimos referencia.

2. Edad: considerada en años cumplidos. Se conformaron 3 categorías formada de la manera siguiente:

- a- 65 a 70 años.
- b- 71 a 80 años.
- c- 81 años y más.

3. Sexo: según el fenotipo del paciente se clasificó en masculino y femenino.

4. Nivel de escolaridad: fue establecido de la siguiente manera:

- a- No escolarizado.
- b- Primario incompleto.
- c- Primario completo.
- d- Secundario incompleto
- e- Secundario completo.
- f- Otros.

5. Estado civil: se consignaron las categorías siguientes:

- a- Soltero.
- b- Casado.
- c- Viudo.
- d- Divorciado.
- e- Unión consensual

DESARROLLO Y ANALISIS

El proceso de recolección de datos fue realizado con previa autorización del comité directivo de la Clínica Vecchia SRL a través de los trámites administrativos correspondientes.

La recolección de datos fue realizada durante los meses de octubre y noviembre de 2019 dos veces por semana en el horario de 8:00 a.m. a 12:00 a.m. Para su aplicación se realizó una entrevista al adulto mayor, que duro de 10 a 15 minutos por persona aproximadamente, previo consentimiento informado.

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados en el programa MICROSOFT EXCEL, asignándole el valor a cada pregunta, la codificación para cada ítem fue de la siguiente manera:

Repuesta correcta: 1

Respuesta incorrecta: 0

La categorización de la variable fue:

0-5: normal

6-10: depresión leve

11-15: depresión severa

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación se tuvo en cuenta el anonimato de la población de estudio y que el hecho de que los adultos mayores estuvieran de acuerdo con la participación en la misma fuera algo fundamental.

Se les explico a los participantes acerca del tipo de información y se les garantizo el hecho de que la información recabada es de carácter confidencial. Los datos de este estudio servirán de base para impulsar intervenciones de

promoción, prevención y seguimiento de pacientes para lograr como objetivo la disminución del impacto de la depresión en la salud y calidad de vida de la población.

Esta intervención es de riesgo mínimo ya que se hará una descripción transversal.

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación se llevaron a cabo las siguientes medidas:

Explicar el objetivo del estudio a cada participante.

Firmar un consentimiento informado.

Garantizar la divulgación de los datos y el anonimato de los mismos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Antes de la recolección de datos se les hizo firmar un consentimiento informado a los participantes donde se les explica acerca de la investigación y de su carácter anónimo y confidencial. (Ver Anexo 3)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Actualmente los dos sistemas de clasificación empleados son CIE-10, OMS, DSM-5. Ambos sistemas se correlacionan entre sí para asegurar la uniformidad en las estadísticas a nivel mundial y no aceptan la existencia de un tipo de depresión distinta según la causa que la genere.

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves.

El CIE-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 - (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual - Empeoramiento matutino del humor depresivo - Presencia de enlentecimiento motor o agitación - Pérdida marcada del apetito - Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes - Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS⁵⁶.

Al evaluar los criterios diagnósticos de depresión es importante destacar que en el Adulto Mayor existen características particulares.

Cuando hacemos referencia a la anhedonia a veces es difícil diferenciar de la desesperanza, pero debe entenderse a la anhedonia como la incapacidad de sentir placer o interés por las actividades o las cosas, mientras que la desesperanza es la dificultad para proyectarse al futuro exitosamente.

En relación a los trastornos del sueño es importante saber que en esta etapa de la vida a veces ocurren sin necesidad de ser secundarios a una depresión.

La presencia de enlentecimiento motor o agitación psicomotriz también está presente en adultos mayores con depresión

Un criterio que genera mucha dificultad es la disminución de la capacidad de concentración ya que es un síntoma que aparece en el deterioro cognitivo, el cual muchas veces coexiste con la depresión.

Muchas veces los síntomas depresivos pasan desapercibidos en el paciente y en los que lo rodean debido a que con frecuencia están más enfocados en la sintomatología o en las quejas somáticas, otras veces los síntomas son interpretados como cambios “normales” en la vejez. El hecho de que la depresión en el adulto mayor no se presenta con las características habituales hace que sea de vital importancia tener en cuenta estos puntos para que la depresión en el adulto mayor no sea infradiagnosticada.

Debemos tener en cuenta que, si se considera iniciar un tratamiento farmacológico en los adultos mayores con depresión, la selección de éste debe realizarse teniendo en cuenta las características del paciente, las comorbilidades, el perfil de efectos adversos y la interacción con otros fármacos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

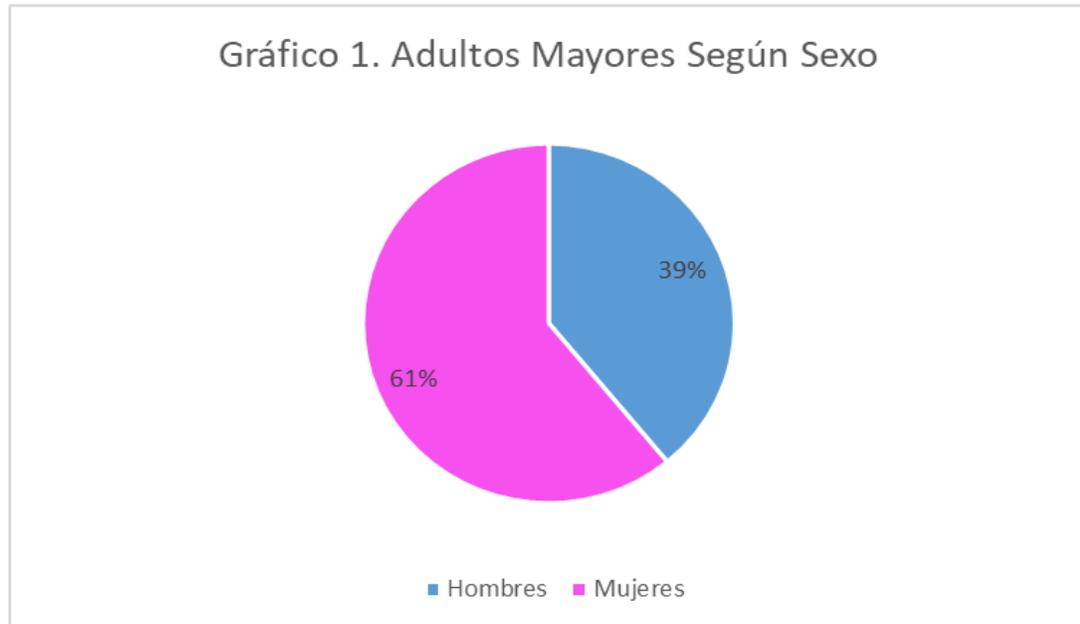
Con una población total de 105 pacientes que permanecían en la sala de espera de una Clínica Privada, se inició la evaluación de criterios de inclusión y exclusión, de los cuales quedaron excluidos un total de 5 (3 por presentar deterioro cognitivo moderado o severo, 1 por presentar diagnóstico de esquizofrenia y 1 por presentar dificultades de la comunicación)

Tabla 1. Características Demográficas

CARACTERÍSTICA		PORCENTAJE
Genero	Mujer	61
	Hombres	39
Rango Edad	65-70	64
	71-80	30
	81 o mas	6
Grado de Instrucción	no escolarizado	6
	primaria incompleta	16
	primaria completa	25
	secundaria incompleta	16
	secundaria completa	14
	otros	23
Estado Civil	casados	48
	solteros	14
	viudos	22
	divorciados	16

La población estudiada tiene las siguientes características:

Del total de 100 personas que cumplieron con los criterios de inclusión se pudo determinar que el género femenino fue mayor con un 61% (61 mujeres) y el género masculino con un 39%.



Hubo mayor número de pacientes en las edades comprendidas entre los 65 y 70 años de edad (64%). La edad mínima fue de 65 años y la edad máxima fue de 87 años.

Dando respuesta a la pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de depresión en adultos mayores que permanecen en una sala de espera de una clínica privada de la ciudad de Puerto Rico, Misiones, Argentina? La prevalencia de depresión según los resultados de la Escala de Yesavage aplicada fue la siguiente:

Tabla 2. Escala de Depresión de Yesavage		
Interpretación		Porcentaje
10-15 Puntos	Depresión Establecida	25%
6-9 puntos	Depresión Leve	31%
0-5 puntos	Sin depresión	44%

Según las encuestas realizadas un 44% no tiene depresión, mientras un 31% de los encuestados tiene síntomas de Depresión leve y un 25% alcanza una puntuación para Depresión establecida.

Gráfico 2. Prevalencia de Depresión basada en la Escala de Yesavage

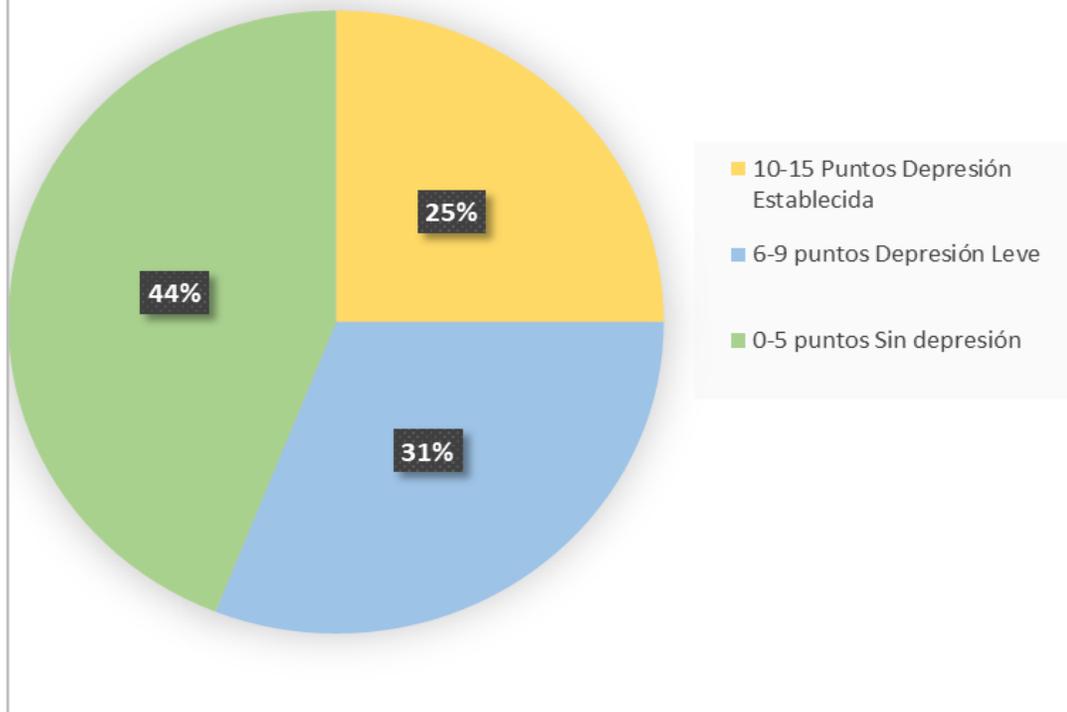


Gráfico 3. Depresión establecida según sexo

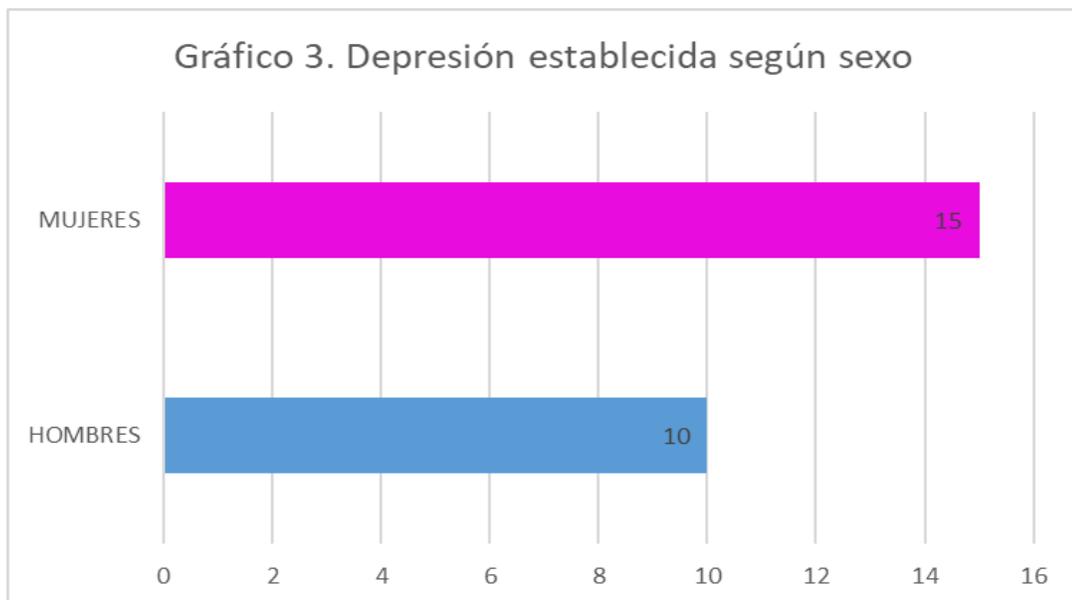


Gráfico 4 . Depresión Establecida según Rango de edad

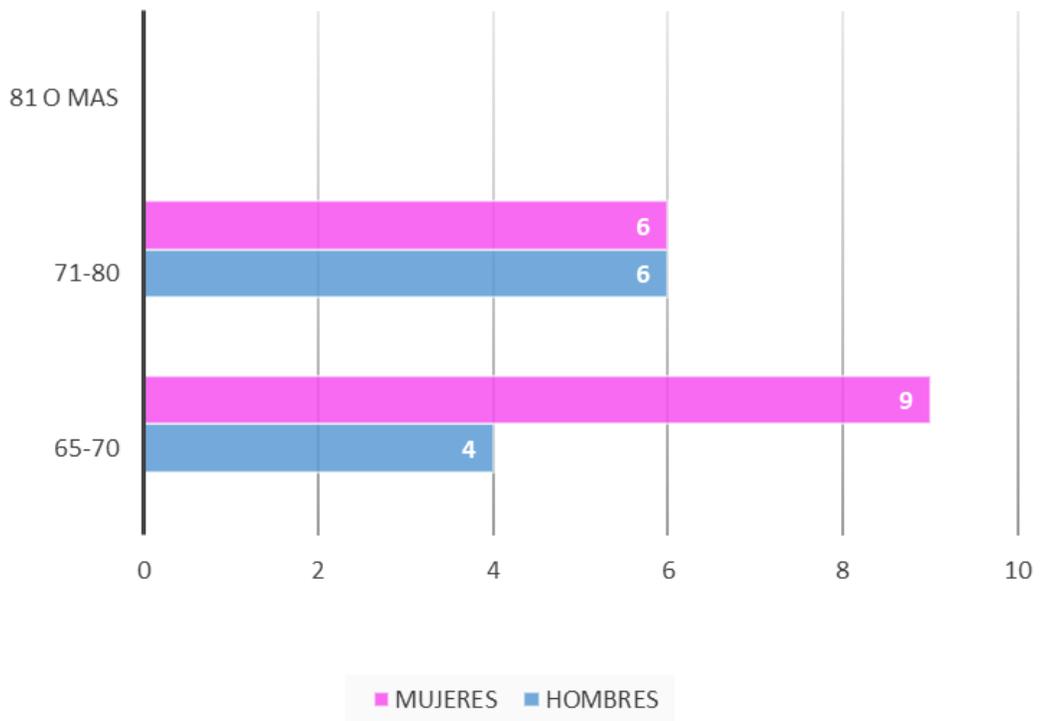
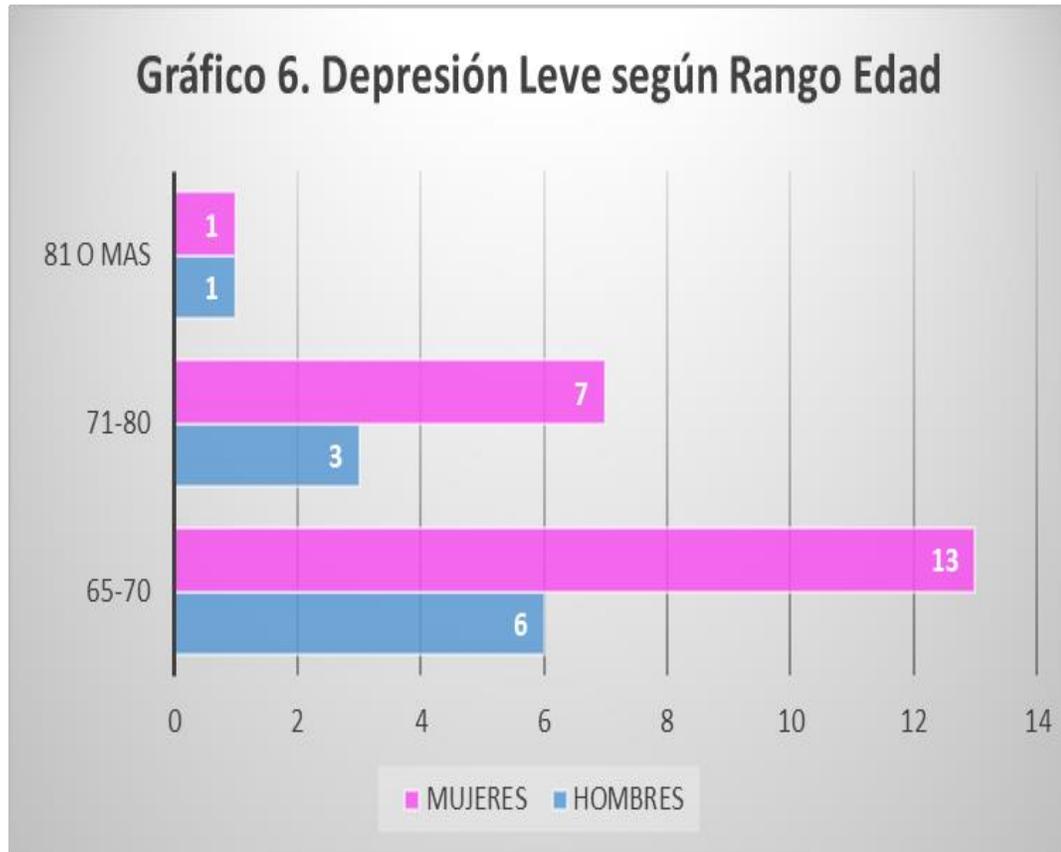


Gráfico 5. Depresión Leve Según Sexo



Gráfico 6. Depresión Leve según Rango Edad



B- DISCUSION

La depresión en adultos mayores es una patología frecuente en la actualidad que afecta la funcionalidad y la calidad de vida de quienes la padecen.

Es importante realizar diagnósticos oportunos a fin de que se puedan llevar a cabo los tratamientos necesarios.

Esta investigación, aunque no tiene validez externa debido al tamaño de la muestra y las características que hacen imposible extrapolar los resultados, si ha sido de gran importancia para la institución donde se llevó a cabo. Permitió destacar el valor de hacer un diagnóstico pertinente, logrando visibilizar una patología que con tratamiento adecuado mejora significativamente la vida del paciente. Es fundamental saber que la depresión no es una situación “normal” en el adulto mayor y que por lo tanto debe ser abordada a adecuadamente.

La prevalencia de depresión establecida en los adultos mayores que permanecen en la sala de espera de esta clínica privada es de un 25%, mientras que la de depresión leve alcanza un 31%, las personas sin depresión llegan a un 44%.

Los adultos mayores con depresión leve y con depresión establecida son en su mayoría mujeres de entre 65 y 70 años de edad.

En relación al grado de instrucción un 25% realizó estudios primarios completos y un 6% no fue escolarizado.

La educación es un factor determinante de la salud de las personas ya que permite una mayor accesibilidad al sistema de salud y la posibilidad de contar con información, lo que le da una participación activa a la hora de modificar estilos de vida.

Debido a que el tamaño de la muestra es pequeño no nos permite extrapolar resultados a otras poblaciones, siendo estos válidos únicamente en la población estudiada.

CONCLUSION

Si bien es sabido que existen muchos instrumentos para poder detectar cuadros depresivos, en esta investigación utilizamos la escala de detección de Depresión de Yesavage, una herramienta que es útil y confiable. Es una de las más utilizadas en adultos mayores, se trata de una escala autoaplicable de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (SI/NO). De ninguna manera la utilización de este instrumento intenta reemplazar el criterio clínico del especialista.

Este cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) fue administrado a 100 adultos mayores que permanecían en una sala de espera de una clínica privada de la ciudad de Puerto Rico, Misiones. El 44% de los encuestados no presentaban depresión al momento de ser evaluados, mientras que el 31% presentaba depresión leve y el 25% alcanzó una puntuación que corresponde a Depresión establecida. Es decir que del total de encuestados un 56% alcanzo una puntuación mayor a 5 lo que en esta escala enmarca algún grado de depresión.

Es importante destacar que el tamaño de la muestra no nos permite hacer comparaciones, pero si nos abre las puertas para realizar nuevas investigaciones en poblaciones mayores y de características diferentes, con lo cual se puedan establecer asociaciones entre variables que nos permitan generar estrategias de prevención e intervención en la población en general.

RECOMENDACIONES

El presente estudio demostró que la depresión se encuentra infradiagnosticada en los adultos mayores que permanecen en la sala de espera de la Clínica Vecchia de la ciudad de Puerto Rico, esto lleva a un deterioro de la salud y de la calidad de vida de los pacientes. Teniendo en cuenta esto se debería considerar la posibilidad de aplicar instrumentos que valoren de forma integral el estado de salud de los pacientes, instaurando tratamientos cuando sea necesario. La terapéutica no debería ser pensada únicamente en términos de farmacología, ya que en este grupo etario es fundamental contar con redes de apoyo familiares y de profesionales capaces de detectar sintomatología y derivar a tiempo, logrando que se disminuyan el impacto negativo de esta enfermedad en la funcionalidad del paciente.

BIBLIOGRAFIA.

1- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

2- Finkelsztein C. García de Amusquibar A. Matusevich D. Manual de Psiquiatría Clínica. 1a ed. - Buenos Aires. Delhospital Ediciones, 2009, pp 85-90.

3- Medina Mora M. Sarti Gutierrez E. Real Quintanar T. “La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura” Reseña de libro. Academia nacional de Medicina. Ciudad de México. 2016.

4- Marchant N, Monchablon Esponza A Manual de Psiquiatría Editorial Salerno, Buenos Aires 201, pp 115-128

5- Bacca A. González A. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage, Pensamiento Psicológico, pontificia universidad Javeriana Vol. 1, Núm. 4, Enero-junio, 2005, pp. 53-63

6- Ramon F. Guridi M. Medina A. Dorta Z. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. 1 de noviembre de 2007.

7- Hoyl T. Valenzuela E. Marín PP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev Med Chile 2000; 128, 199-204.

8- Florez J. Envejecimiento, deterioro cognitivo y Personalidad. Barcelona: Edika Med 1997. 4-15.

9- Trinidad Hoy M. Programa de Geriátria. Departamento de Medicina Interna. Pontificia Universidad Católica de Chile, 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.

2006 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci_arttext

10- Patricia Alonso Galbán, Félix J. Sansó Soberats, Ana María Díaz-Canel Navarro, Mayra Carrasco García y Tania Oliva. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Instituto de Ciencias Médicas de la Habana 2007. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>

11- Amilcar Espinosa Aguilar, Jorge Caraveo Anduaga, Miguel Zamora Olvera. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES Disponible en: <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3006/sm300669.pdf?PHPSESSID=117d99a702a20e30d4fa4033e6fb69af>

12- Retamal P. Trastornos Afectivos. En Florenzano R., Carvajal C., Weil K. Editores. Psiquiatría, Ed. Mediterráneo. 2008.

13- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.

14- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(S2): 74-105.

15- Algunas cifras sobre el envejecimiento poblacional. <https://www.buenosaires.gob.ar/massimple/algunas-cifras-sobre-el-envejecimiento-poblacional>

16- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoNacional-3-999-Censo-2010>

17- Descripción de la escala de Depresión de Yesavage Sitio en internet disponible en http://www.Bipfaes.faes.es/faes/bipfaes/test/documentacion_test/043.doc.

ANEXOS

ANEXO 1 Escala de Yesavage

Anexo I		
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
<i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.</i>		

Anexo 2

Criterios Diagnóstico

Tabla 3. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 - (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual- Empeoramiento matutino del humor depresivo- Presencia de enlentecimiento motor o agitación- Pérdida marcada del apetito- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes- Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS⁵⁶.

ANEXO 3 Consentimiento informado

Solicitud de consentimiento informado

Estimado Señor/a

Me dirijo a Ud. Con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el presente trabajo de Investigación.

Su participación es voluntaria, se trata de una investigación que no producirá ningún tipo de daño, con objetivos bien definidos, respetando los derechos humanos y regido bajo principios éticos.

No implica ningún tipo de costo económico.

Los datos recabados serán anónimos y confidenciales, por lo tanto, no escriba su nombre ni apellido en los instrumentos entregados para recolectar la información.

Esta información será utilizada por los investigadores.

Autorización del Adulto Mayor para participar de la investigación

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. Asimismo, he sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por los investigadores para recoger la información, lo que le da carácter confidencial a los datos recolectados

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo 4

Operacionalización de variables

Dimensión	Variable	Definición operativa	Codificación/Unidad de medida	Naturaleza y nivel de medición
variable dependiente	Yesavage es una escala de depresión Geriátrica, fue especialmente diseñada para evaluar el estado afectivo de los ancianos	NORMAL: 0-5 puntos Depresión Leve 6-9 puntos Depresión establecida 10-15 puntos	cualitativa	1-Sin depresión 2-Depresión leve 3-Depresión establecida
variables independientes	Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad	Número de años cumplidos al momento de ingresar al estudio	Cuantitativa	1- 65 a 70 años. 2- 71 a 80 años 3- 81 años y más
variables independientes	Genero	genero al cual pertenece el paciente sea femenino o masculino	Cualitativa	1- Femenino 2- Masculino
variables	Nivel de	último grado de	cualitativa	1- No escolarizado.

independientes	Escolaridad	instrucción alcanzado		2- Primario incompleto. 3- Primario completo 4- Secundario incompleto 5- Secundario completo. 6- Otros
----------------	-------------	-----------------------	--	---