

UNIVERSIDAD GALILEO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN Y EL TRATAMIENTO RECIBIDO EN  
ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS INGRESADOS EN LA RESIDENCIA  
“MOMENTOS INOLVIDABLES”

INVESTIGACIÓN

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR VALERIE ROCHELLE GORDILLO FERANDEZ Y SINDY FABIOLA SANTOS  
MORALES

PREVIO A CONFERIRSE EL TITULO DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA  
EN EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2017

## INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	5
CAPITULO I .....	6
MARCO METODOLÓGICO .....	6
1.1 Justificación de la investigación .....	6
1.2 Planteamiento del problema.....	7
1.2.1 Definición del problema .....	7
1.2.2 Especificación del problema.....	7
1.2.3 Delimitación del problema .....	7
1.3 Hipótesis .....	8
1.4 Objetivos de la Investigación.....	8
1.4.1 Objetivo general .....	8
1.4.2 Objetivos específicos.....	8
CAPITULO II .....	9
MARCO TEORICO.....	9
2. Adulto Mayor .....	9
2.1 Definición: .....	9
2.1.1 Alteraciones en el adulto Mayor.....	9
2.1.2 Aspectos Psicológicos y Sociales .....	11
2.1.3 Tipos de valoración.....	11
2.1.4 Marco Legal .....	12
2.2 Depresión .....	13
2.2.1 Definición: .....	13
2.2.2 Epidemiología: .....	14
2.2.3 Diagnóstico .....	14
2.2.4 Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15).....	18
2.2.6 Tratamiento de la Depresión en el adulto Mayor .....	19
2.2.6.1 Consideraciones Sobre Psicofarmacología de la depresión geriátrica	19
2.2.6.2 Terapia Electroconvulsiva.....	20
2.2.6.3Psicoterapia .....	20
2.3. Residencia “Momentos Inolvidables” .....	21

Capítulo III .....	22
Métodos, Técnicas e Instrumentos.....	22
3.1 Métodos de Investigación .....	22
3.1.1 Tipo de Estudio .....	22
3.2. Técnica de Recolección de Datos.....	22
3.2.1. Prevalencia de la depresión:.....	22
3.2.2. Tipos de tratamiento de la depresión.....	22
3.2.3. Para determinar la relación entre la depresión y tratamiento:.....	22
3.3 Instrumento de Recolección de Datos.....	23
3.3.1. Prevalencia de la depresión:.....	23
3.3.2. Tipos de tratamiento de la depresión.....	23
3.3.3. Para determinar la relación entre la depresión y tratamiento:.....	23
3.4. Cronograma .....	24
3.5. Recursos.....	25
3,5,1, Recursos Humanos.....	25
3.5.2, Recursos materiales .....	25
3.4.3. Recursos Financieros.....	25
Capítulo IV.....	26
Presentación y Análisis de Resultados.....	26
4.1. Resultados .....	26
4.1.1 Caracterización de los sujetos de investigación:.....	26
4.1.2. prevalencia de la depresión .....	28
4.1.3. tipos de tratamiento prescrito.....	32
4.1.4. relación entre depresión y tratamiento.....	32
4.2. Discusión de Resultados.....	33
Capítulo V.....	35
Conclusiones y recomendaciones.....	35
5.1. Conclusiones.....	35
5.2. Recomendaciones.....	36
Capítulo VI.....	37
Bibliografía .....	37
Capítulo VII.....	39

Anexo 1 .....	39
Anexo 2 .....	40

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia por edad .....	26
Tabla 2. Frecuencia por sexo .....	27
Tabla 3. Tiempo de estancia hospitalaria en años .....	27
Tabla 4. Diagnostico de depresión previo a la fecha de la investigación .....	27
Tabla 5. Diagnostico de depresión al momento del estudio .....	28
Tabla 6. Relación de adultos mayores con depresión y estancia hospitalaria en años.....	28
Tabla 7. Relación de adultos mayores con depresión en edades entre 60 a 65 años .....	29
Tabla 8. Relación de adultos mayores con depresión en edades entre 67 a 70 años .....	30
Tabla 9. Relación de adultos mayores con depresión en edades entre 71 a 75 año .....	30
Tabla 10. Relación de adultos mayores con depresión en edades entre 76 a 80 años .....	31
Tabla 11. Relación de adultos mayores con depresión en edades mayores 80 años .....	31
Tabla 12. Relación entre depresión y tratamiento antidepresivo .....	32

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata la depresión y la importancia de un tratamiento adecuado y oportuno.

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo.

Para desarrollar depresión se deben de presentar diversos factores psicosociales y físicos por lo que el adulto mayor es más vulnerable a presentar esta patología por su condición general, sus pérdidas de rol, familiares y de salud.

Es importante realizar una valoración geriátrica integral, que incluya la evolución del estado de la salud mental de un individuo, por lo que se debe de tener conocimientos sobre los signos y síntomas de la depresión para poder realizar un diagnóstico temprano y poder brindar un tratamiento adecuado, para disminuir los factores de riesgo y comorbilidades relacionadas a la depresión.

La investigación sobre la depresión es escasas y limitada en Guatemala, y no son enfocadas en los adultos mayores, por lo que es importante realizar investigación enfocada en determinar la prevalencia de la enfermedad para la prevención y tratamiento adecuados de esta patología.

Los adultos mayores que presentan mayores datos de depresión a nivel mundial son las personas institucionalizadas, por lo que se realizo la investigación en una residencia de adultos mayores para determinar la cantidad de residentes que padecen la enfermedad y poder brindar atención medica de calidad realizando una valoración geriátrica integral.

Para determinar cuántos adultos mayores presentan depresión, se realizo la medición por medio de la escala de Yesavage, que los principales resultados demostraron que la prevaecía de la depresión es mayor del 50 % de los adultos mayores ingresados en la residencia “Momentos Inolvidables”.

# CAPITULO I

## MARCO METODOLÓGICO

### **1.1 Justificación de la investigación**

El incremento de la población mayor de 65 años y el aumento de la esperanza de vida al nacer en Guatemala y a nivel mundial, ha generado un especial interés y atención a este grupo poblacional debido a las características particulares y necesidades específicas en las que se cabe mencionar barreras arquitectónicas, discapacidades, cambio de rol social, etc. La depresión es una enfermedad mental, que altera el estado del ánimo e interfiere en las actividades de la vida diaria, en el adulto mayor es un problema generalizado, que no es parte proceso del envejecimiento, y con frecuencia no se diagnostica y por consiguiente no se recibe tratamiento.

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial(Aguirre, 1996).

En la presente investigación se determinó que la prevalencia de la depresión es mayor del 50 % de los adultos mayores ingresados en la residencia “Momentos Inolvidables”, mediante la evaluación clínica y el test de Yesavage. El diagnóstico y tratamiento es casi un desafío debido a las peculiaridades clínicas que se dan en esta etapa de la vida. Ya que la tristeza no es la forma más común de presentación, sino son más frecuentes las manifestaciones somáticas, como fatiga o dolor u otro tipo de manifestaciones emocionales como ansiedad, irritabilidad y quejas de nerviosismo(Aguirre, 1996).

La importancia de esta investigación radica en informar la prevalencia de depresión en Guatemala ya que existen pocos estudios al respecto, y así mismo se determinó que un 10 % de la población evaluada con depresión tiene tratamiento para la depresión, esto con la finalidad de reducir comorbilidades asociadas a la depresión.

## **1.2 Planteamiento del problema**

### **1.2.1 Definición del problema**

La estadística proporcionada por el instituto nacional de estadística (INE) para el 2011, muestra que la población adulta mayor guatemalteca se encuentra en 6.2%(Budson, 2005).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años(Aguirre, 1996). La depresión es un problema que está presente a todas las edades, pero en adultos mayores es más frecuente, esto por los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales ocasionando cambio de rol, la pérdida de familiares y amigos que se observan en el proceso de envejecimiento, asociado a las numerosas enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida.

### **1.2.2 Especificación del problema**

¿Cuál es la prevalencia de la depresión y el tratamiento recibido en adultos mayores de 60 años ingresados en la Residencia “Momentos inolvidable”?

### **1.2.3 Delimitación del problema**

#### **1.2.3.1 Unidad de análisis**

Todos los adultos Mayores de 60 años que viven en la Residencia en “Momentos Inolvidables”

#### **1.2.3.2 Sujetos de investigación**

Adultos mayores de 60 años hombre y mujeres ingresados en residencias “Momentos Inolvidables”

#### **1.2.3.3 Tamaño de la muestra**

21 adultos mayores de 60 años ingresados en residencias “Momentos Inolvidables”

#### **1.2.3.4 Ámbito geográfico**

La investigación se realizará en la Residencia Momentos Inolvidables ubicada 6 Avenida "A" 3-49 Colonia El Tesoro, zona 2 de Mixco, Guatemala. Mixco Se encuentra ubicado a 20 km en el extremo oeste de la ciudad capital. Se localiza a 90° 36' 23" de longitud oeste y 14° 37' 59" de latitud norte, con un área total de 132 km², Mixco está localizado en el departamento de Guatemala.

#### **1.2.3.5 Ámbito temporal**

Se realizo durante en el mes de noviembre 2017

### **1.3 Hipótesis**

Los adultos mayores de 60 años ingresados en la Residencia “Momentos Inolvidables” que tienen depresión, reciben tratamiento adecuado.

En la presente investigación se rechaza la hipótesis, debido a que, los adultos mayores que presentan depresión no cuentan con tratamiento adecuado.

### **1.4 Objetivos de la Investigación**

#### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar la prevalencia de la depresión y el tratamiento recibido en los adultos mayores de 60 años ingresados en la residencia de “Momentos Inolvidables” durante el periodo de noviembre 2017

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

**1.4.2.1**Determinar la prevalencia de la depresión mediante la escala yasavage

**1.4.2.2**Determinar los tipos de tratamiento que tienen prescritos para la depresión

**1.4.2.3**Determinar la relación entre depresión y tratamiento de los adultos mayores



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2. Adulto Mayor**

##### **2.1 Definición:**

En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año de 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años y en el año de 1984 la organización mundial de la salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 a más años de edad. En Guatemala se define el termino adulto mayor en el artículo 3 del decreto 80-96 de la Constitución de la Republica(Aguirre, 1996).

##### **2.1.1 Alteraciones en el adulto Mayor**

El estado de salud, es primordial en la forma en la que se desenvuelven los adultos mayores en la sociedad, ya que influye en todos los ámbitos de su vida, y puede permitirle relacionarse de determinada manera con las personas que se encuentran a su alrededor. Si su salud se ve afectada de alguna manera, va a tener limitaciones en cuanto a las actividades que pueda realizar.

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. Entre los principales cambios se pueden mencionar los siguientes(Salech, 2012).

- Estatura: en general, crecemos hasta los 40 años y luego comenzamos a perder 1,25 mm por año (aproximadamente 5 cm. de pérdida a los 80 años). Esto se debe a la compactación de los discos intervertebrales, aumento de la flexión de caderas y rodillas y aplanamiento del arco del pie.
- Piel: la dermis se adelgaza y baja la irrigación. Disminuye la elasticidad y aumenta la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas). Disminuye la velocidad de crecimiento de uñas y pelo y aparecen

las canas, que reflejan pérdida de función de los melanocitos. Aparece vello facial en mujeres y el vello nasal en hombres.

- Músculo esqueleto: a los 80 años hay una pérdida de hasta 40% de masa muscular y los tendones se rigidizan. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, más marcada en mujeres.
- Sistema nervioso: el peso del encéfalo disminuye por una pérdida selectiva de neuronas (neuronas corticales, cerebelosas e hipocampo)(Budson, 2005)(Burke, 2006).
- Visión: los tejidos peri-orbitales se atrofian, produciendo la caída del párpado superior y eversión del párpado inferior. El iris se hace más rígido, la pupila más pequeña y la lente se colorea amarillo por la oxidación de triptófano(Budson, 2005)(Burke, 2006).
- Audición: atrofia del canal auditivo externo con cerumen más denso y pegajoso. el tímpano se engruesa y la cadena de huesecillos se altera en sus articulaciones. Hay disminución de células de Corti y neuronas cocleares(Budson, 2005)(Burke, 2006).
- Cardiovascular: hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. La acumulación de tejido conectivo sub endotelial produce vasos más rígidos e irregulares. La aorta se dilata.
- Respiratorio: hay disminución de la superficie alveolar. La calcificación de las articulaciones costos-externales rigidiza el tórax, lo cual, junto con disminución de la musculatura intercostal, produce menos eficiencia respiratoria.
- Gastro intestinal: las encías se atrofian y se expone el cemento de los dientes, apareciendo caries y pérdida de piezas. Los cambios musculares del esófago alteran la deglución, y hay más reflujo de contenido gástrico hacia el esófago.
- Renal: se pierden nefrones de la corteza renal con caída de la función de hasta un 30% a los 80 años.

### **2.1.2 Aspectos Psicológicos y Sociales**

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas; dentro de las que se puede mencionar se incluyen las formas en que los adultos mayores perciben su realidad, las relaciones con ellos mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura y a partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos; existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del adulto mayor.

La percepción que se tiene de sí mismo, se modifica con la edad, debido a dichos cambios. Algunos de los cambios psicológicos que se pueden encontrar son: disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros(Daniel, 2012).

El desarrollo social se relaciona con las posibilidades de llevar una vida con las condiciones necesarias para sobrevivir de forma digna; sin embargo, en la actualidad la vejez enfrenta una serie de problemas y situaciones que lo dificultan. Como señala Esquivel (2010), los ancianos no solamente enfrentan desafíos trágicos como los prejuicios culturales, el maltrato y el repudio, sino también, los problemas de marginación, pensiones y jubilaciones ridículas(Esquivel, 2010).

### **2.1.3 Tipos de valoración**

Valoración Geriátrica integral:

Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida(Romero, 2006).

Los objetivos que se plantea la VGI son:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.
- Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano.
- Mejorar el estado funcional y cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.
- Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.
- Disminuir la mortalidad

Incluye cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional, que, como si de piezas de un rompecabezas se trataran, configuran, una vez enlazadas, la imagen real del anciano. Así, constituiría un fracaso tratar de forma ambulatoria una infección urinaria en el anciano si no valoramos previamente que la situación mental, funcional y social permiten un buen cumplimiento terapéutico.

Los principales medios que incluye una correcta valoración son la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados «escalas de valoración» que facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al adulto mayor.

#### **2.1.4 Marco Legal**

La Constitución Política de la República de Guatemala en sus Artículos 1, 2, 3, 4, 44, y especialmente el 51 el que establece: “El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su

derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social”. Con las garantías constitucionales, queda notoria la preponderancia al tratamiento de los derechos fundamentales de la persona frente a la organización del Estado. Dentro de la estructura de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala, se encuentra establecida la Defensoría de la Niñez, de la Mujer, de la Tercera Edad y Discapacitados, de los Desarraigados, del Debido Proceso, del Consumidor y del Indígena(Constitucionalidad, 1993).

La Constitución Política de la República de Guatemala, establece la obligación que tiene el Estado respecto a la asistencia social, el Artículo 94 de la relacionada Carta Magna señala: “Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social”(Constitucionalidad, 1993).

El Decreto 80-96 tiene por objeto y finalidad tutelar los intereses de las personas de la tercera edad, que el Estado garantice y promueva el derecho de los ancianos a un nivel de vida adecuado en condiciones que les ofrezcan educación, alimentación, vivienda, vestuario, asistencia médica geriátrica y gerontológica integral, recreación y esparcimiento, y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y digna(Aguirre, 1996).

## **2.2 Depresión**

### **2.2.1 Definición:**

La Organización Mundial de la Salud define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que está caracterizado 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(OMS, 2017).

### **2.2.2 Epidemiología:**

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo(OOMS, 2017). Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015(OOMS, 2017). La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas.

Un estudio realizado en Vizcaya (España), en jubilados mayores de 70 años, mostró en la población institucionalizada (48 %) que el 37,3 % sufría de depresión moderada-grave; el 20,7 % de depresión grave y el 4,9 % padecía sintomatología de depresión leve a moderada(Pérez, 2013).

Según un estudio realizado por Hybels y Blazer, en Estados Unidos, la estimación de la depresión en personas mayores que viven en la comunidad es del 1-5 %, pero se eleva al 13,5 % en aquellos que requieren atención médica domiciliaria y al 11,5 % en los pacientes mayores hospitalizado(Salech, 2012).

### **2.2.3 Diagnóstico**

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud. Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física(Pichot, 2002).

No es raro que un adulto mayor no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal.

Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el adulto mayor no se detecte adecuadamente, se infra diagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas.

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

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 (Miras, 2016).

A continuación, se mencionan los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 y DSM IV-TR:

### **Episodio depresivo leve CIE-10**

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes

(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas

(2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras

(3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro:

(1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima

(2) Sentimientos no razonables de autor reproché o de culpa excesiva e inapropiada

(3) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación

(4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)

(5) Cualquier alteración del sueño

(6) Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

### **Episodio depresivo moderado CIE-10**

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 descritos en el criterio B de

(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas

(2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras

(3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio



C. para sumar un total de al menos 6 síntomas:

(1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima

(2) Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada

(3) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales Como indecisión o vacilación

(4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)

(5) Cualquier alteración del sueño

(6) Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

### **Episodio depresivo grave CIE-10**

A. La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña

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.

C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos

1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
3. Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual ~ Empeoramiento matutino del humor depresivo
4. Presencia de enlentecimiento motor o agitación
5. Pérdida marcada del apetito
6. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
7. Notable disminución del interés sexual

#### **2.2.4 Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15)**

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo (Gómez-Angulo, 2011).

La sensibilidad de esta herramienta fue del 92 %, y la especificidad fue del 89 % cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como con la investigación clínica. La escala de depresión del adulto mayor test de

Yesavage de la OPS/OMS, fue validada la escala de 15 ítems. Para la estandarización se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem.

## **2.2.6 Tratamiento de la Depresión en el adulto Mayor**

### **2.2.6.1 Consideraciones Sobre Psicofarmacología de la depresión geriátrica**

A la hora de prescribir medicaciones a los ancianos es preciso tener en cuenta que la elección del tratamiento se apoya en tres ejes fundamentales(Hazzard W, 1999):

- Las modificaciones que el envejecimiento en sí impone en el organismo.
- Los posibles procesos de enfermedad concomitantes y sus tratamientos.
- La naturaleza de la enfermedad psiquiátrica en sí.

La depresión geriátrica requiere una atención cuidadosa en cuanto a su tratamiento, ya que es más frecuente que en el adulto encontrar factores de resistencia y respuestas parciales. La presencia de lesiones estructurales cerebrales, y especialmente las de origen vascular, se ha relacionado con la presentación de episodios depresivos, especialmente de inicio tardío, asociándose, en general, con una mayor morbimortalidad y también con una peor respuesta al tratamiento antidepresivo

El tratamiento farmacológico continúa siendo, hoy en día, la piedra angular de la terapia antidepresiva. Una vez obtenido el efecto antidepresivo, es preciso realizar una terapia de mantenimiento para evitar las recaídas. La mayoría de los consensos al respecto recomiendan que este período tenga una duración doble en el adulto mayor que en el adulto joven, lo que significa que este tiempo rara vez será inferior a los 18 meses(Hazzard W, 1999).

El tratamiento con antidepresivos tricíclicos (ADT), heterocíclicos y afines; Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS); e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO); y otros antidepresivos comercializados más

recientemente; resulta eficaz, ya sea en la comunidad como en pacientes institucionalizados, cuando se comparan con el placebo.

El retraso en el inicio del tratamiento, comporta una peor respuesta al mismo, en comparación con un inicio de éste en fases más precoces. Las guías de práctica clínica, así como varias revisiones sistemáticas, aconsejan la utilización de aquellos fármacos con menos efectos secundarios, y con un mejor perfil de tolerancia; todo ello sobre la base del conocimiento científico actual y ante la frecuente presencia en el paciente mayor de otros problemas clínicos concomitantes (Grado de recomendación A).

#### **2.2.6.2 Terapia Electroconvulsiva**

La terapia electroconvulsiva (TEC) o electrochoque consiste en hacer llegar al cerebro una corriente eléctrica de intensidad y voltaje controlados, mediante la aplicación de electrodos en lugares precisos de la piel del cráneo con el fin de provocar convulsiones. Su administración se realiza bajo anestesia general y relajación muscular(Hazzard W, 1999).

Las indicaciones actuales de la TEC en los trastornos afectivos son limitadas, pero bien claras. Se trata principalmente de las situaciones de fracaso o intolerancia a la medicación antidepresiva, depresiones graves con características psicóticas, riesgo grave de suicidio, situaciones somáticas comprometidas, edad avanzada o necesidad crítica de alcanzar una rápida mejoría.

#### **2.2.6.3 Psicoterapia**

La terapia cognitiva puede ser coadyuvante de la medicación en el tratamiento de las depresiones melancólicas graves. La terapia cognitivo-conductual es bien tolerada por el adulto mayor por su duración limitada y su orientación educativa, así como por el intercambio activo entre el terapeuta y el paciente(Hazzard W, 1999).

Las terapias eficaces para la depresión del adulto mayor incluyen el trabajo con la familia. A menudo los familiares son los mejores aliados del terapeuta que trata al

adulto mayor deprimido. Es necesario informar a las familias sobre los signos de peligro, como el riesgo de suicidio en el anciano gravemente deprimido.

### **2.3. Residencia “Momentos Inolvidables”**

Es una casa hogar para hombres y mujeres mayores de 60 años. Un lugar al alcance de sus necesidades y acorde a la situación económica. se ofrecen espacios para la convivencia placentera participando de actividades de relajación y entretenimiento en un ambiente familiar rodeado de amigos y desarrollando programas especiales de atención y cuidados adecuados a la edad y necesidades especiales de cada huésped.

## **Capítulo III**

### **Métodos, Técnicas e Instrumentos**

#### **3.1 Métodos de Investigación**

##### **3.1.1 Tipo de Estudio**

La presente investigación se realizará por medio del método Descriptiva Transversal, se utilizará este método debido a solo se describirá la prevalencia de la depresión y el tratamiento recibido en los adultos mayores de 60 años ingresados en la residencia de “Momentos Inolvidables”

#### **3.2. Técnica de Recolección de Datos**

##### **3.2.1. Prevalencia de la depresión:**

Para determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores de 60 años ingresados se utilizará la escala de Yasavage porque esta escala fue diseñada para evaluar el estado afectivo del adulto mayor, puede ser utilizada en entornos comunitarios, la cual se desarrollará una única vez mediante la entrevista personal con el adulto mayor de 60 años ingresado en la residencia “Momentos inolvidables” (ver anexo 2).

##### **3.2.2. Tipos de tratamiento de la depresión**

Para determinar el tipo de tratamiento en la hoja recolectora de datos se encuentra el apartado si utilizan algún medicamento para la depresión, nombre y dosis del medicamento, la cual se desarrollará una única vez mediante la entrevista personal con el adulto mayor de 60 años ingresado en la residencia “Momentos inolvidables” (ver anexo 2).

##### **3.2.3. Para determinar la relación entre la depresión y tratamiento:**

Para determinar la relación entre la depresión y el tratamiento se utilizarán los datos obtenidos en la hoja de recolección de datos, la cual se desarrollará una única vez mediante la entrevista personal con el adulto mayor ingresado en la residencia “Momentos inolvidables” (ver anexo 2).

### **3.3 Instrumento de Recolección de Datos**

#### **3.3.1. Prevalencia de la depresión:**

Para determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores de 60 años ingresados se utilizará la escala de Yasavage (ver anexo 1) que recolecta información sobre el estado afectivo del adulto mayor, tiene una sensibilidad de 92% y especificidad del 89%, fue validada en una población Homogénea por Organización Panamericana de la Salud y La organización Mundial de la Salud.

#### **3.3.2. Tipos de tratamiento de la depresión**

Para determinar el tipo de tratamiento se utilizará la hoja de recolección de datos (ver anexo 2) donde se encuentran los siguientes apartados, medicamento que utiliza para la depresión (nombre comercial o genérico) y dosis del medicamento.

#### **3.3.3. Para determinar la relación entre la depresión y tratamiento:**

Se utilizará la hoja de recolección de datos (ver anexo 2) donde se encuentra el apartado si existe la relación entre la depresión y el tratamiento antidepresivo.

### 3.4. Cronograma

	14 - 20 ago	21 - 27 ago	28 ago - 3 sep	4 - 10 sep	11 - 17 sep	18 - 24 sep	25 sep - 1 oct	2 - 8 oct	8 - 15 oct	16 - 22 oct	23 - 29 oct	30 oct - 5 nov	6 - 12 nov	13 - 19 nov	20 - 26 nov	27 nov . 3 dic	4 - 10 dic
Perfil de Proyecto																	
Elección de Tema	■	■															
Planteamiento del problema			■														
Hipótesis Variables				■	■												
Objetivos						■	■										
Marco Teórico						■	■										
Metodología																	
Método de Investigación								■	■								
Técnicas de Recolección de Datos										■							
Instrumento de Recolección de Datos											■						
Trabajo de Campo												■	■				
Elaboración de Informe Final														■	■		
Primera Entrega																■	
Segunda entrega																	■



### **3.5. Recursos**

#### **3,5,1, Recursos Humanos**

- investigador: 2 evaluadores para realizar encuestas
- sujetos de investigación: adultos mayores de 60 años ingresados en la Residencia “Momentos inolvidable”
- Asesor de investigación: Mgt. Silvia Estrada

#### **3.5.2, Recursos materiales**

- 25 encuestas impresas para realizar la encuesta
- 2 lapiceros
- Computadora para tabular datos y generar graficas

#### **3.4.3. Recursos Financieros**

Material	Costo individual	Costo total
Encuesta impresa	Q. 0.50	Q. 12.50
Transporte	Q. 25.00	Q. 350.00
Alimentación	Q.30.00	Q 150.00
Reproducción	Q. 5.00	Q 200.00
Equipo Tecnológico	Q 200.00	Q. 200.00
Insumos de oficina	Q. 5.00	Q.100.00
Computadora	Q. 3,000.00	Q.3,000.00
	Total	Q.4,412.0

## Capítulo IV

### Presentación y Análisis de Resultados

#### 4.1. Resultados

##### 4.1.1 Caracterización de los sujetos de investigación:

El total de adultos mayores que participaron en el estudio fueron 23 persona que se encuentran ingresadas en la residencia “Momentos Inolvidables”. Se excluyeron a dos personas del estudio por su deterioro cognitivo por no ser aptos para responder las preguntas por lo que no eran sujetos de investigación.

Tabla 1

Frecuencia de Edad

Edad	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
61	1	4.76 %	4.76 %	0.12 %	23.82 %	█
63	1	4.76 %	9.52 %	0.12 %	23.82 %	█
64	2	9.52 %	19.05 %	1.17 %	30.38 %	█
65	2	9.52 %	28.57 %	1.17 %	30.38 %	█
66	1	4.76 %	33.33 %	0.12 %	23.82 %	█
68	1	4.76 %	38.10 %	0.12 %	23.82 %	█
72	3	14.29 %	52.38 %	3.05 %	36.34 %	█
73	1	4.76 %	57.14 %	0.12 %	23.82 %	█
74	1	4.76 %	61.90 %	0.12 %	23.82 %	█
75	1	4.76 %	66.67 %	0.12 %	23.82 %	█
76	2	9.52 %	76.19 %	1.17 %	30.38 %	█
87	1	4.76 %	80.95 %	0.12 %	23.82 %	█
88	1	4.76 %	85.71 %	0.12 %	23.82 %	█
91	2	9.52 %	95.24 %	1.17 %	30.38 %	█
99	1	4.76 %	100.00 %	0.12 %	23.82 %	█
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			█

Fuente: Elaboración propia

De las 21 personas entrevistadas, 28.6% personas estaban entre el rango de edad de 60 a 65 años, 9.5% entre las edades de 66 a 70 años, 28.6% entre las edad de 71 a 75, 9.5% de 76 a 80 y 23.8% adultos mayores arriba de los 81 años

Tabla 2

Frecuencia por Sexo

Sexo	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
0	11	52.38 %	52.38 %	29.78 %	74.29 %	
1	10	47.62 %	100.00 %	25.71 %	70.22 %	
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Fuente: Elaboración propia

Al analizar a la población por sexo, se encontró que el 52.38% son de sexo femenino y que el 47.6% son de sexo masculino.

Tabla 3

Tiempo de estancia hospitalaria en años

Tiempo de estancia hospitalaria	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
0	1	4.76 %	4.76 %	0.12 %	23.82 %	
1	3	14.29 %	19.05 %	3.05 %	36.34 %	
2	8	38.10 %	57.14 %	18.11 %	61.56 %	
3	7	33.33 %	90.48 %	14.59 %	56.97 %	
4	2	9.52 %	100.00 %	1.17 %	30.38 %	
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

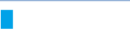


Fuente: Elaboración propia

Según el tiempo de ingreso en la residencia momentos inolvidables los datos mostraron que un 71.4% tenían entre 2 a 3 años.

#### 4.1.2. prevalencia de la depresión

Tabla 4

Diagnostico de depresión previo a la fecha de la investigación



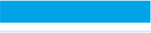
Tiene diagnostico de depresion previo a la encuesta	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	2	9.52 %	9.52 %	1.17 %	30.38 %	
No	19	90.48 %	100.00 %	69.62 %	98.83 %	
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Fuente: Elaboración propia

Solamente el 9.52% de pacientes ingresados en la residencia tienen diagnostico de depresión y tratamiento.

Tabla 5

Diagnostico de depresión al momento del estudio

Tiene depresion actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	10	47.62 %	47.62 %	25.71 %	70.22 %	
No	11	52.38 %	100.00 %	29.78 %	74.29 %	
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Fuente: Elaboración propia

Del total de los pacientes encuestados un 47.6% tiene diagnostico de depresión al realizar la encuesta, y de este porcentaje un 9.52% aun presenta datos clínicos de depresión.

Tabla 6

Relación de adultos mayores con depresión y estancia hospitalaria en años

Tiene depresion actualmente = Yes						
Tiempo de estancia hospitalaria	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %	30.85 %	
1	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %	30.85 %	
2	6	60.00 %	60.00 %	26.24 %	87.84 %	
3	3	30.00 %	90.00 %	6.67 %	65.25 %	
4	1	10.00 %	100.00 %	0.25 %	44.50 %	
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Fuente: Elaboración propia

En la investigación se obtienen los resultados de que un 60% de adultos ingresados que presentaron diagnostico de depresión se encontraba institucionalizado por más de 2 años.

A continuación, se describen las relaciones entre el grupo de edad y el diagnostico de depresión.

Tabla 7

Relación de adultos mayores con depresión en edades entre 60 a 65 años

Edad = 61						
Tiene depresion actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %	97.50 %	
No	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Edad = 63						
Tiene depresion actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %	
No	0	0.00 %	100.00 %	0.00 %	97.50 %	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Edad = 64						
Tiene depresion actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %	84.19 %	
No	2	100.00 %	100.00 %	15.81 %	100.00 %	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Edad = 65						
Tiene depresion actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %	84.19 %	
No	2	100.00 %	100.00 %	15.81 %	100.00 %	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 se puede observar que únicamente un adulto mayor de edad entre 60 a 65 años presenta depresión.

Tabla 8

Relación de adultos mayores con depresión en edades entre 66 a 70 años

Edad = 66						
Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %	
No	0	0.00 %	100.00 %	0.00 %	97.50 %	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Edad = 68						
Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %	97.50 %	
No	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 se puede observar que el 50% presenta depresión.

Tabla 9

Relación de adultos mayores con depresión en edades entre 71 a 75 años

Edad = 72						
Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	1	33.33 %	33.33 %	0.84 %	90.57 %	
No	2	66.67 %	100.00 %	9.43 %	99.16 %	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Edad = 73						
Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %	
No	0	0.00 %	100.00 %	0.00 %	97.50 %	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Edad = 74						
Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %	
No	0	0.00 %	100.00 %	0.00 %	97.50 %	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Edad = 75						
Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %	
No	0	0.00 %	100.00 %	0.00 %	97.50 %	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 se puede observar que la mayoría de adultos mayores entre 71 a 75 años, presenta depresión en un 66.67%.

Tabla 10

Relación de adultos mayores con depresión en edades entre 76 a 80 años

Edad = 76

Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Yes	1	50.00 %	50.00 %	1.26 %	98.74 %
No	1	50.00 %	100.00 %	1.26 %	98.74 %
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>		

Fuente: Elaboración propia

Entre las edades de 76 a 80 años un 50% presenta depresión

Tabla 11

Relación de adultos mayores con depresión en mayores de 80 años

Edad = 87

Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Yes	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %	97.50 %
No	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>		

Edad = 88

Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Yes	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %	97.50 %
No	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>		

Edad = 91

Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Yes	2	100.00 %	100.00 %	15.81 %	100.00 %
No	0	0.00 %	100.00 %	0.00 %	84.19 %
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>		

Edad = 99

Tiene depresión actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL
Yes	1	100.00 %	100.00 %	2.50 %	100.00 %
No	0	0.00 %	100.00 %	0.00 %	97.50 %
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11 se observa que un 60% de adultos mayores de 80 años presenta depresión.

#### 4.1.3. tipos de tratamiento prescrito

Uno de los tratamientos brindados era un derivado del antidepresivo triciclicos y otro era un benzodiacepina.

#### 4.1.4. relación entre depresión y tratamiento

El 100% de los pacientes que tenían diagnóstico previo a la encuesta persiste con depresión. Por lo tanto, no existe una relación de mejoría entre el tratamiento y el diagnóstico de depresión.

Tabla 12  
Relación entre depresión y tratamiento antidepresivo

^ Tiene diagnostico de depresion previo a la encuesta = Yes						
Tiene depresion actualmente	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% UCL	
Yes	2	100.00 %	100.00 %	15.81 %	100.00 %	
No	0	0.00 %	100.00 %	0.00 %	84.19 %	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100.00 %</b>	<b>100.00 %</b>			

Fuente: Elaboración propia



## 4.2. Discusión de Resultados

La depresión es frecuente en la población adulto mayor según investigaciones previas, el estudio realizado en Vizcaya España, en donde aproximadamente un 62.9% de los adultos mayores institucionalizados lo que se confirma con el estudio ya que más de la mitad presentaron depresión en un 52.8%. Los adultos mayores que tenían más de 2 años de estar institucionalizados presentaban un 75% de depresión y un 42.86% tenía depresión al estar ingresado por más de 3 años y un 50% tenía depresión al estar ingresados por más de 4 años. Esto es significativamente mayor comparado con el 0% de pacientes ingresados en menos de un año no tenía depresión. Por lo que si existe una relación directamente proporcional con los años de llevar ingresado con el riesgo de padecer depresión.

El grupo de edad con la mayor frecuencia de depresión es depresión es la de arriba de 80 años y el siguiente grupo es entre los 70 a 75 años. Por lo que representa que mayor edad mayor riesgo de presentar síntomas clínicos de depresión. Esto comprueba que muchas veces el diagnóstico de depresión se deja a un lado y únicamente se presta atención a la patología básica del paciente y no a su estado emocional, que influye directamente en su salud, su estilo de vida y su apego a tratamiento.

Según lo descrito por Pichot, en 2002, el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir el estado de ánimo alterado e insistir más con sintomatología física, lo que hace el diagnóstico de depresión geriátrica sea difícil y sub diagnosticado, lo que se confirma en esta investigación, ya que solamente el 9.52% del 52.8% tenía diagnóstico y tratamiento para la depresión.

Como describe Hazzard en 1999 el tratamiento adecuado para la población geriátrica son los medicamentos tricíclicos, heterocíclicos y afines, inhibidores del re captación de la serotonina e inhibidores de la monoaminoxidasa, y la duración de este debería de ser el doble en la población joven, por lo que el tratamiento será mayor a 18 meses, únicamente el 50% de adultos mayores incluidos en el

estudio que tenían diagnóstico de depresión previo a la encuesta tiene un tratamiento adecuado. Y el 100% de los pacientes con tratamiento para depresión continua con depresión, por lo que es importante Hazzard que las terapias cognitivo-conductual es coadyuvante de la medicación en el tratamiento de las depresiones melancólicas graves.

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

1. La prevalencia de depresión es mayor al 50% de la población de adultos mayores ingresada en la residencia de adultos mayores momentos inolvidables.
2. Solamente un 10% de la población diagnóstica en este estudio tiene tratamiento para la depresión.
3. Solamente el 50% del medicamento indicado para la depresión es el adecuado para la población geriátrica como lo es el tratamiento farmacológico con antidepresivos tricíclicos.
4. No existe una relación de mejoría entre el tratamiento y la depresión en adultos mayores ingresados en la residencia momentos inolvidables.
5. La depresión se presenta en los adultos mayores que más tiempo llevan ingresado en la residencia de adultos mayores

## **5.2. Recomendaciones**

1. Realizar un diagnóstico precoz de depresión en adultos mayores al momento de ingresar a una residencia de adultos mayores, realizando un tamizaje con el test de Yasavage al momento de ingresar a la residencia y repetir cada 6 meses, para realizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento temprano, para evitar las complicaciones a largo plazo.
2. Dar un tratamiento adecuado, como lo son los medicamentos tricíclicos, heterocíclicos y afines, inhibidores de la recaptación de la serotonina e inhibidores de la monoaminooxidasa, por periodos más largos que en adultos jóvenes, mayores a los 18 meses.
3. Capacitar a cuidadores primarios y personal de salud, sobre cómo realizar la prueba de Yesavage, comprendiendo que si la puntuación es de 0 a 10 la prueba se considera normal, y no hay depresión, de 11 a 14 puntos se debe de sospechar depresión y brindar terapia conductual y valorar por medico iniciar tratamiento farmacológico, y mayor de 14 puntos se debe de iniciar tratamiento farmacológico por diagnostico de depresión. Siempre acompañando a la terapia farmacológica con terapia cognitiva-conductual.

## Capítulo VI.

### Bibliografía

1. Aguirre, H. C. (21 de octubre de 1996). ley de proteccion para las personas de tercera edad. *Diario de centroamerica*, págs. 169-171.
2. Budson, P. (2005). Memory dysfunction. *N Engl J Med*, 692-699.
3. Burke, B. (2006). Neural plasticity in the ageing brain. *Nat Rev Neurosci*, 30-40.
4. Constitucionalidad, C. d. (1993). *Constitucion Politica de la Republica de Guatemala*. Guatemala .
5. Daniel, A. C. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22-28.
6. Esquivel, R. (2010). Vejez y apoyo social. *Revista de Educación y Desarrollo*, 69-76.
7. Gómez-Angulo, C. (2011). Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 735-743.
8. GREGORIO, P. G. (2007). *Guia Practica clinica de Geriatria* . España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
9. Hazzard W, B. J. (1999). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. Utha, EEUU: McGraw-Hill.
10. Maslucan, J. D., & al, e. (septiembre/diciembre de 2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Medica peruana*, 45-54. Obtenido de Acta Medica Peruana: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000300003&script=sci_arttext)

11. Miras, G. G. (2016). *Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos*. Clasificación Internacional de Enfermedades.
12. OMS. (2017). OMS. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
13. Pérez, M. B. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia):. *Salud Uninorte*, 64-73.
14. Pichot, P. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: MASSON, S.A.
15. Richter, M. (10 de septiembre de 2014). *MSICG*. Obtenido de <http://www.movimientosicg.org/documentos/articulos/item/307-la-situacion-del-adulto-mayor-en-guatemala>
16. Romero, A. C. (2006). *Tratado De Geriatria para Residentes*. Madrid, España: SOCIEDAD ESPAÑOLA.
17. Salech, M. F. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Elsevier*, 19-29.

## Capítulo VII.

### Anexo 1

<b>Escala de Yesavage</b>		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
<b>Puntuación total:</b>		
<b>0 - 10: Normal.</b>		
<b>11 - 14: Depresión</b> (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
<b>&gt; 14: Depresión</b> (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

## Anexo 2



**Galileo**  
UNIVERSIDAD  
La Revolución en la Educación

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Prevalencia de la depresión y tratamiento recibido en adultos mayores de 60 años ingresados en la Residencia “Momentos Inolvidables”

Código: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Tiempo de estar ingresado en la residencia: \_\_\_\_\_

Tiene diagnóstico de depresión: SI NO

¿Cuál? (nombre de medicamento antidepresivo): \_\_\_\_\_

<b>Escala de Yesavage</b>		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
Ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
<b>Puntuación total:</b>		
<b>0 - 10: Normal.</b>		
<b>11 - 14: Depresión</b> (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
<b>&gt; 14: Depresión</b> (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

¿Existe relación entre la depresión y el tratamiento antidepresivo? Si No