

Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados

Oswaldo Miguel Cardozo-Fernández^I, Edgar Aguilera-Gaona^{II}, Marta Inés Ferreira-Gaona^{II}, Clarisse Virginia Diaz-Reissner^{II}

I Hospital Geriátrico "Dr. Gerardo Boungermini" del Instituto de Previsión Social. Paraguay

II Escuela de Post-Grado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción". Paraguay

**Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article:**

Cardozo-Fernández OM, Aguilera-Gaona E, Ferreira-Gaona MI, Diaz-Reissner CV. Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2017;15(1):48-56

RESUMEN

La depresión es un trastorno crónico recurrente con importantes consecuencias negativas, siendo probablemente la primera causa de sufrimiento del adulto mayor. El objetivo de este estudio transversal fue determinar la frecuencia de depresión y factores de riesgo en adultos mayores de 60 años hospitalizados en el Hospital Geriátrico "Dr. Gerardo Boungermini" del Instituto de Previsión Social en el periodo 2014-2015. Previa firma de consentimiento informado se aplicó un cuestionario conteniendo la escala validada geriátrica de Yesavage (depresión), la escala de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) y la escala de Lawton (actividades instrumentales de la vida diaria). Participaron del estudio 60 adultos mayores entre 61 y 95 años de edad; 50% del sexo femenino, 56,7% de estado civil casado, y 73,3% de escolaridad primaria. El 90,0% consumía algún medicamento y el 96,7% presentaba alguna comorbilidad, siendo la hipertensión la más frecuente. La depresión se observó en 88,3% siendo leve en 50,0%. El 86,7% presentaba dependencia para actividades básicas y 95,0% para las instrumentales de la vida diaria. De los factores de riesgo estudiados se encontró asociación entre dependencia funcional y depresión. La frecuencia de depresión fue elevada, la cual puede representar una importante carga para el paciente, la familia y la institución. El personal sanitario de atención primaria es clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognoscitivo.

Palabras clave: Adulto Mayor, Depresión, Factores de Riesgo.

Depression and associated risk factors in hospitalized geriatric patients

ABSTRACT

Depression is a recurrent chronic disorder with important negative consequences, being probably the first cause of suffering of the elderly. The objective of this cross-sectional study was to determine the frequency of depression and risk factors in adults older than 60 years hospitalized at the Hospital Geriatrico "Dr. Gerardo Boungermini of the Instituto de Prevision Social during the period 2014-2015. After signing an informed consent, a questionnaire containing the geriatric depression scale of Yesavage, the Barthel scale (basic activities of daily living) and the Lawton instrumental activities of daily life scale were applied. Sixty elderly people participated in the study ages between 61 and 95 years, 50.0% was women. 56.7% was married, and 73.3% had primary school. Ninety percent used some medication and 96.7% presented some comorbidity, with hypertension being the most frequent. Depression was observed in 88.3% being mild in 50.0%. Dependency for basic activities was observed in 86.7% and dependency for instrumental activities of daily life in 95.0%. A significant association between functional dependency and depression was found

Fecha de recepción: diciembre 2016. Fecha de aceptación: enero 2017

Autor correspondiente: **Marta Ferreira-Gaona.** Escuela de Post-Grado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción". Paraguay

E-mail: martaf.baez@gmail.com

among the studied risk factors. The frequency of depression was high, which can represent an important burden for the patient, the family and the institution. Primary health care personnel are key in assessing the mental state of older people, both emotionally and cognitively.

Keywords: Elderly, Depression, Risk Factors

INTRODUCCIÓN

La depresión es conocida desde épocas antiguas, siendo la cultura griega una de las primeras en describir este trastorno del ánimo (1). Constituye un importante problema de salud comunitaria y probablemente la primera causa de sufrimiento en el adulto mayor por sus efectos dañinos, con la consecuente disminución de su calidad de vida (2,3).

La depresión es un trastorno afectivo recurrente y es más frecuente en personas mayores de 60 años, predominando en el sexo femenino con una incidencia de 13% por año (4,5). La Organización Mundial de la Salud estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo en este grupo de edad (6).

El paciente con depresión pierde el interés de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades, inclusive de comportarse adecuadamente desde el punto de vista social (7). Se manifiesta generalmente con tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, agitación e ideas suicidas (4,8).

La depresión se asocia además con disminución de la capacidad funcional, con peor evolución del estado de salud y de calidad de vida, y con el aumento de costos relacionados al cuidado de la salud (9).

Uno de los síntomas más frecuentes de depresión en los pacientes es el deterioro cognitivo, por lo que en todo paciente que consulte por pérdida de la memoria debe realizarse el diagnóstico diferencial con la depresión (5,8).

Es importante destacar que existen patologías como la demencia, la enfermedad cerebral vascular (con lesiones en el hemisferio izquierdo ganglios de la base), y la enfermedad de Parkinson que afectan al sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad (2,5).

La presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas de médicos, uso de fármacos, servicios de urgencias, y costos globales elevados como pacientes ambulatorios (1,2).

Existen otros factores de riesgo asociados que incrementan la probabilidad de aparición de depresión tales como: divorcio, vivir solo, viudez, sexo femenino, nivel socio económico bajo, paciente con enfermedades crónicas, aquellos que experimentan algún evento estresante en sus vidas, ancianos que no mantienen un contacto cercano y frecuente con sus familiares, aquellos que presentan abuso de sustancias como el alcohol (1, 3, 5, 7, 10).

Según Conwel y Dovernstein la depresión responde a diversos factores como la esfera social (aislamiento, poco relacionamiento, pérdida del trabajo), biológica, médica (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, neoplasias, dolores crónicos), psiquiátrica (abuso de sustancia, deterioro cognitivo, trastornos del sueño), y psicológicos. Los dolores crónicos, en especial los óseos, producen un profundo abatimiento de las actividades básicas e instrumentales en los pacientes geriátricos por lo que esta población se encuentra susceptible para presentar cuadros de depresión y de ideas suicidas (8).

Según Salzman, todo paciente geriátrico que presenta deterioro en sus capacidades funcionales (básicas e instrumentales) deben ser considerados como depresivos, cumplan o no los criterios diagnósticos de depresión por lo que deben ser tratados como tales (11).

Las capacidades básicas e instrumentales de la vida diaria se valoran mediante escalas difundidas a nivel mundial. Entre ellas se citan el Índice de Barthel (para actividades básicas) utilizada para valoración de los pacientes de geriatría y rehabilitación, y también para estimar la necesidad de los cuidados personales y la eficacia del tratamiento. Cabe destacar que las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. La escala de Lawton (para actividades instrumentales) es una de las escalas más sensibles para la valoración del deterioro funcional en el anciano (12).

El diagnóstico de la depresión es básicamente clínico de acuerdo con los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta versión (DSM-IV) (4).

Existen varias pruebas de tamizajes para la depresión, siendo la más utilizada a nivel mundial, la escala de Yasevage. La misma está integrada por 30 ítems, con respuesta dicotómicas, con una sensibilidad de 86% y especificidad de 95%, y es la única construida específicamente para adultos mayores (4-6,8,9).

El tratamiento de la depresión en el paciente anciano debe ser multidimensional, teniendo en cuenta el contexto psicosocial de cada paciente. El objetivo fundamental debe ser la remisión total de los síntomas depresivos para mejorar la calidad de vida. Los antidepresivos son el tratamiento a elección en los casos de depresión moderada a severa. En los casos más leves pueden ser suficientes otro tipo de tratamiento no farmacológico (13).

El tratamiento debe permanecer durante el tiempo necesario para que se produzca el efecto por las medicaciones y constituye la intervención más eficaz para lograr la remisión de los síntomas y evitar las recaídas (14,15).

Una de los factores que contribuyen al inadecuado tratamiento de la depresión, aparte de que la misma es sub diagnosticada, constituye el abandono del tratamiento por parte del paciente en la creencia de que las medicaciones generaran adicciones (11).

Es importante recordar que la depresión en el anciano correctamente tratada evoluciona favorablemente, por el contrario en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, pueden complicarse con trastornos somáticos con el consiguiente riesgo para el paciente (3).

Según la Organización Mundial de la Salud, la situación demográfica de la población geriátrica tiende hacia el ascenso, y debido a que los trastornos psiquiátricos de esta población son muy frecuentes, entre ellos la depresión, resalta la importancia del diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz ya que la misma se asocia con un deterioro funcional importante que a su vez empeora otras afecciones como las patologías crónicas concomitantes comunes, que muchas veces motiva las consultas médicas o en algunos casos internaciones que supone gastos tanto para los servicios sanitarios como para los pacientes y sus familiares (3,6).

El Hospital Geriátrico Prof. Dr. Gerardo Buongermini es un centro asistencial dependiente del Instituto de Previsión Social, con cobertura a la población que goza de un seguro social, brinda atención especializada a adultos mayores de 60 años con patologías en diferentes ramas de la medicina y cuenta con salas de internaciones para pacientes asistidos por un equipo multidisciplinario para la atención de los mismos.

Por lo anteriormente expuesto, resulta interesante investigar acerca de la frecuencia de depresión en los adultos mayores internados en el Hospital Geriátrico Dr. Gerardo Boungermini del Instituto de Previsión Social y conocer los factores de riesgo asociados a la misma.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio transversal (16) con muestreo no probabilístico de casos consecutivos en pacientes adultos mayores de 60 años de ambos sexos hospitalizados en el Hospital Geriátrico Dr. Gerardo Boungermini del Instituto de Previsión Social durante los años 2014 -2015.

Se solicitó permiso al Director del Hospital para la realización del estudio. Los pacientes internados en el Hospital Geriátrico del IPS recibieron información sobre los objetivos del estudio. Los que accedieron a participar dejaron constancia de su participación voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado.

El protocolo incluyó la realización del cuestionario sobre características sociodemográficas y médicas y la aplicación de las siguientes escalas: el índice de actividades básicas de Barthel, la escala instrumental de la vida diaria de Lawton para dependencia o independencia y la escala validada geriátrica de Yesavage para depresión (14).

Participaron 60 pacientes internados y fueron excluidos del estudio aquellos con diagnósticos de demencia, con compromiso del estado de conciencia (estupor o coma) y los que cursaban con afasia, hipoacusia, incapacidad de comprender instrucciones.

El tamaño de la muestra fue calculado mediante la fórmula $N=4Za2P(1-P)/W2$ (15) utilizando datos de prevalencia de depresión de 41,7% encontrada en la publicación de Castro Lizárraga *et al.* (6) para un nivel de confianza del 95%.

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Se respetaron los tres principios éticos de investigación.

Los datos se recogieron en un cuestionario precodificado y posteriormente se cargaron en una planilla electrónica Excell 2010. Se analizaron con el paquete estadístico Epi Info 3.5.2, mediante medias y desviación estándar para variables cuantitativas, frecuencias para variables cualitativas y para estimar posibles asociaciones se utilizó la prueba chi cuadrado a un nivel de significancia de 0,05.

RESULTADOS

Se entrevistaron 60 adultos mayores hospitalizados en el Hospital Geriátrico Dr. Gerardo Boungermini del Instituto de Previsión Social, de los cuales 30 eran mujeres (50,0%) y 30 hombres (50,0%). El rango de edad fue de 61 a 95 años con un promedio de 74 ± 8 años y 76 ± 8 , años en hombres y mujeres respectivamente.

En relación al estado civil, el 56,7% era casado en mayor frecuencia en el sexo masculino. El 28,3% era viudo/a siendo en su mayoría mujeres. Con respecto a la escolaridad, el 73,3% de la población encuestada refirió haber completado la primaria. La ocupación ama de casa fue la de mayor frecuencia (48,3%) y el 20,0% resultó ser jubilado o desempleado (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de los adultos mayores

Características	Total (n=60)	Hombres (n=30)	Mujeres (n=30)
Estado civil			
Casado	34 (56,7%)	21(70,0%)	13 (43,3%)
Soltero	8 (13,3%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)
Viudo	17 (28,3%)	4 (13,3%)	13 (43,3%)
Divorciado	1 (1,7%)	1(3,3%)	-
Escolaridad			
Primaria	44 (73,3%)	22 (73,3%)	22 (73,3%)
Secundaria	13 (21,7%)	7 (23,3%)	6 (20,0%)
Universitaria	3 (5,0%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)
Ocupación			
Ama de casa	29 (48,3%)	-	29 (96,7%)
Empleado	19 (31,7%)	19 (63,3%)	-
Jubilado	4 (6,7%)	4 (13,3%)	-
Desempleado	8 (13,3%)	7 (23,3%)	1(3,3%)

Al interrogar sobre otros antecedentes personales: 90,0% relató el consumo de algún tipo de medicamento y el 96,7% de los pacientes presentaba una o más comorbilidades. Las enfermedades con mayor frecuencia dentro de este grupo de pacientes fueron hipertensión arterial en el 96,7%, cardiopatía en el 38,3% y EPOC en el 26,7% (Tabla 2).

Tabla 2. Medicación y comorbilidades en los adultos mayores

Características	Total (n=60)	Hombres (n=30)	Mujeres (n=30)
Polimedición			
Si	54 (90,0%)	26 (86,7%)	28 (93,3%)
No	6 (10,0%)	4 (13,3%)	2 (6,7%)
Comorbilidad			
Hipertensión arterial	58 (96,7%)	29 (96,7%)	29 (96,7%)
Cardiopatía	23 (38,3%)	15(50,0%)	8 (26,7%)
EPOC	16 (26,7%)	12 (40,0%)	4 (13,3%)
Diabetes mellitus	13 (21,7%)	6 (20,0%)	7 (23,3%)
Cáncer	5 (8,3%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)
Artrosis	13 (21,7%)	3 (10,0%)	10 (33,3%)

Mediante la escala de Yasevage se encontró que el 88,3% de la población estudiada presentó algún tipo de depresión; siendo ésta leve en 30 (50,0%) y moderada en 23 (38,3%). Con relación al tipo de depresión diferenciado por sexo observamos que la depresión moderada se observó en mayor frecuencia en las mujeres y la depresión leve se observó en igual frecuencia en ambos sexos (Tabla 3).

Tabla 3. Tipo de depresión en los adultos mayores

Características	Total (n=60)	Hombres (n=30)	Mujeres(n=30)
Depresión	53 (88,3%)	25 (83,3%)	28 (93,3%)
Leve	30 (50,0%)	15 (50,0%)	15 (50,0%)
Moderada	23 (38,3%)	10 (33,3%)	13 (43,3%)
Normal	7 (11,7%)	5 (16,7%)	2 (6,7%)

Utilizando el índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria se encontró que presentó dependencia el 86,7% de la población estudiada. En la Tabla 4 se observa los tipos de dependencia por sexo. La dependencia leve se presentó en igual frecuencia en ambos sexos, dependencia moderada presentaron en mayor frecuencia las mujeres y solo 2 (6,7%) hombres presentaron dependencia severa. La frecuencia de pacientes que resultó sin dependencia fue igual en ambos sexos.

Así mismo, se evaluó en los pacientes el grado de dependencia con la escala básica instrumental de la vida diaria de Lawton, encontrándose que solo 3 (5,0%) pacientes presentaban independencia total, mientras que 57 (95,0%) referían mostrar dependencia. Dentro de este grupo encontramos similar frecuencia de dependencia en relación al sexo, observándose en el 49,0% de las mujeres y en el 51,0% de los varones.

Tabla 4. Frecuencia de dependencia en los adultos mayores

Características	Total n= 60	Hombres n=30	Mujeres n=30
Dependencia	52 (86,7%)	26 (86,7%)	26 (86,7%)
Leve	44 (73,3%)	22 (73,3%)	22 (73,3%)
Moderada	6 (10,0%)	2 (6,7%)	4 (13,4%)
Severa	2 (3,3%)	2 (6,7%)	-
Sin dependencia	8 (13,3%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)

Al estudiar si la depresión podría asociarse a factores de riesgo como: sexo, estado civil, dependencia, presencia de comorbilidades y poli medicación, se encontró solo relación con la variable dependencia. Se observó que las personas que manifestaron dependencia para realizar actividades básicas diarias según escala de Barthel presentaron en mayor frecuencia depresión con respecto a las personas que no manifestaron presentar dependencia (Tabla 5).

Tabla 5. Factores de riesgo y frecuencia de depresión

	Depresión Yasevage		Valor p
	Positivo	Negativo	
Sexo			
Femenino	28 (93,3%)	2 (6,7%)	0,21
Masculino	25 (83,3%)	5 (16,7%)	
Estado civil			
Casado	29 (85,3%)	5 (14,7%)	0,40
Viudo/separado	24 (92,3%)	2 (7,7%)	
Dependencia (Escala de Barthel)			
Si	49 (94,2%)	3 (5,8%)	0,004*
No	4 (50,0%)	4 (50,0%)	
Independencia (Escala de Lawton)			
Si	2 (66,7%)	1(33,3%)	0,78
No	51 (89,5%)	6 (10,5%)	
Comorbilidades			
Si	52 (88,1%)	7 (11,9)	-
No	1(100,0%)	-	
Polimedicación			
Si	48 (88,9%)	6 (11,1%)	0,79
No	5 (88,3%)	1 (11,7%)	

* Estadísticamente significativo

DISCUSIÓN

Los trastornos de ánimo en pacientes adultos mayores hospitalizados constituyen uno de los síndromes geriátricos más comunes. A menudo la depresión es sub diagnosticada debido a que los síntomas no son indagados por entenderse como un proceso natural propio de la vejez (1). En este estudio se encontró una frecuencia de depresión del 88,3% similar a lo encontrado por Tapia Mejía (80,0%) (17), estudio que también fue realizado en un centro de atención geriátrica, pero muy superior a los resultados encontrados por otros autores como Martínez Mendoza (50,0%) (4), Castro Lizárraga (41,0%) (6), Borda Pérez (36,0%) (10), Piñanez García (43,0%) (18). Algunas de estas diferencias encontradas podrían ser atribuidas a factores como el tamaño y sobre todo al tipo de población encuestada, además de distintas escalas y criterios diagnósticos utilizados para la depresión en el adulto mayor (2).

La depresión varía desde las formas leves y moderadas hasta cuadros de gran intensidad que incluyen síntomas delirantes y conducta suicidas (17). Al analizar los tipos se encontró que la depresión leve fue la de mayor presentación al igual que lo encontrado por González Ceinos *et al.* (3) y a un estudio previo en el país por Piñanez *et al.* (18), sin embargo, investigaciones en México revelaron que la depresión moderada era la de mayor frecuencia (17). Cabe destacar que en este estudio no se encontró depresión severa a diferencia de los demás estudios donde encontraron depresión grave en porcentajes de 2,5% (17), llegando a cifras de incluso 14,7% (3). Estas diferencias de presentación de los distintos tipos de depresión pueden deberse al instrumento de detección utilizado, población estudiada (individuos de la comunidad, institucionalizados u hospitalizados), así como a los factores sociales que rodean a cada adulto mayor (2,6)

Se ha reportado que la depresión es más frecuente en mujeres (4,7). A pesar de que no se observó diferencia significativa en relación al género ($p=0,2$), el sexo femenino fue el que presentó mayor frecuencia de depresión (93,3%) en comparación al presentado por el masculino (83,3%), la relación mujer: hombre fue 1,1:1; similar al encontrado por Chavarría Ocha (1) pero diferente a estudios en Cuba (3) y en Colombia (10), donde la depresión se presentó en mayor frecuencia en el sexo masculino.

Con respecto al estado civil y presencia de depresión, a pesar de observar mayor frecuencia de la misma en pacientes viudos o separados en concordancia con la literatura, esta relación no fue significativa (7). Las investigaciones que examinan la relación entre estado civil y la presencia de un trastorno depresivo señalan que las personas casadas gozan de mejor salud mental que sus contrapartes solteras (1).

En lo referente a educación, el 26,7% contaba con estudio secundario o universitario, y el 73,3% de la población solo contaba con primaria completa. Estos resultados son similares con un estudio previo en el país donde se observó que 84,0% contaba con escolaridad primaria, y solo 2,0% con secundaria (18). Existe controversia en cuanto al efecto de la escolaridad sobre la presencia de depresión en adultos mayores. Algunos autores señalan que la presencia de niveles bajos de escolaridad es uno de los factores de riesgo asociados a cuadros depresivos, sin embargo, otros autores no observan ningún efecto de los años de escolaridad y síntomas depresivos (1,19). No se puede aislar la educación de otra variable con la que se relaciona, como lo es el empleo u ocupación. En el presente trabajo solo el 31,7% de la población contaba con un empleo. Se ha observado que los ingresos y condiciones económicas del adulto mayor están relacionados con la depresión y que el desempleo conlleva a síntomas depresivos por su consecuencia inmediata que es la desaparición del ingreso económico (1,10).

Diversos autores han estudiado la asociación de depresión con enfermedades como diabetes, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis y observaron que además de encontrar mayor frecuencia de depresión en pacientes con algunas de las patologías mencionadas, la misma depresión puede a su vez favorecer un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional (4). En el estudio se encontró alguna comorbilidad en casi la totalidad de los pacientes, siendo la hipertensión arterial la de mayor frecuencia, seguida de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y artrosis. En trabajos de Chavarría Ochoa (1), Piñanez *et al.* (18) y Crespo Guzmán (20) se observa un orden semejante. La gran mayoría de nuestra población en estudio presentaba más de una comorbilidad, siendo esto coincidente con lo reportado por la literatura que refiere que la tercera edad padece de pluripatología: 3-4 en los pacientes ambulatorios y de 5-6 en los internados (21).

En relación a esto es frecuente la polifarmacia, a veces con drogas que interactúan entre sí modificando sus efectos por cambios farmacocinéticos o farmacodinámicos. El porcentaje de pacientes que no consumía ningún fármaco de manera habitual fue de 10,0% y de polifarmacia (2-4 fármacos) fue de 90,0%. La frecuencia de depresión observada de acuerdo al consumo de fármacos fue de un 88,3 % en los pacientes que no consumían fármacos habitualmente, de un 88,9% en aquellos pacientes con polifarmacia, no encontrándose diferencia significativa, similar a resultados de estudios realizados en Chile (7) y en Colombia (10) pero distinto a un estudio en México (6), en el cual si se encontró asociación de polifarmacia y desarrollo de depresión.

La dependencia de las actividades básicas y la discapacidad son factores que se asocian con la depresión y están en estrecha relación con las enfermedades crónicas (4). La dependencia funcional puede ser el síntoma inicial de un proceso patológico en los pacientes ancianos y, en algunas instancias, puede ser el único síntoma (22). La dependencia funcional de actividades básicas de la vida diaria se observó en el 86,7% de los pacientes estudiados, siendo este porcentaje superior a los referidos por otros autores, Martínez Mendoza (62,0%) (4); Castela Vega (50,0%) (23); Piñanez (41,0%) (18); Berrante Monges M (24,0%) (22). Esta diferencia en resultados puede deberse a que se trata de poblaciones distintas y se utilizan índices de evaluación diferentes.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (12). En este estudio se observó 95,0% de dependencia según la escala básica instrumental de la vida diaria de Lawton. Este resultado es superior al de Martínez Mendoza *et al.* (4) que encontró que el 75,0% de los adultos mayores presentaba dependencia y al de Zavala González *et al.* (24) que la encontró en el 37,4% de los pacientes estudiados. La situación no difiere en lo relativo a las actividades instrumentales de la vida diaria, así como también para la dependencia para las actividades básicas, estas diferencias en los resultados puede deberse a la diferencia entre poblaciones, patologías crónicas predominantes, tipo de evaluación (autoreporte, evaluación directa

por el investigador, otros) e índice utilizado para medir el estado funcional (22). Es importante recalcar que en el análisis de factores de riesgo como: sexo, estado civil, dependencia, presencia de comorbilidades y polimedicación, se encontró solo relación con la variable dependencia. Se menciona que cuando la discapacidad y dependencia suceden en etapas más tempranas de la vida, se asocian más con depresión (4).

La depresión geriátrica representa una importante carga para el paciente, la familia y las instituciones que albergan ancianos. El personal sanitario de atención primaria es clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognoscitivo (2). Por lo tanto, resulta conveniente que en los hospitales existan programas sistemáticos de detección del estado depresivo en el adulto mayor al ingreso hospitalario, para estar en posibilidad de efectuar intervenciones psicosociales acertadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Chavarría R, Ochoa L, Suazo N, Morales R, Espinoza M, Rodríguez B, et al. Depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle. *Rev. Fac Cienc Méd.* 2011; 8(2):9-22.
- 2- Aguilar Navarro S, Ávila Funes J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx* 2007; 143(2):141-8.
- 3- González Ceinos M. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr Ago* 2001; 17(4):316-20.
- 4- Martínez Mendoza J, Martínez Ordaz V, Esquivel Molina C, Velasco Rodríguez V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45(1) 21-8.
- 5- Calenti M. *Gerontología y Geriatria: valoración e intervención.* España: Médica Panamericana; 2011.
- 6- Castro Lizárraga M, Ramírez Zamora S, Aguilar Morales L, Díaz de Anda V. Factores de riesgo asociado a la depresión del adulto mayor. *Neurol Neurocir Psiquiat.* 2006; 36(4):132-7.
- 7- Von Mühlenbrok F, Gómez DR, González M, Rojas A, Vargas L, Von Mühlenbrok C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2011; 49(4):331-7.
- 8- Finkelsztejn C, Matucevich D. *Psicogeriatría clínica.* Buenos Aires. Del hospital; 2012.
- 9- Ximenes Pinho M, Custódio O, Makdisse M, Carvalho A. Confiabilidad y Validez de la Escala de Depresión Geriátrica en Adultos Mayores con Enfermedad Arterial Coronaria. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(5):552-61.
- 10- Borda Pérez M, Anaya Torres MP, Pertuz Rebolledo MM, Romero de León L, Suarez García A, Suárez García A. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte.* 2013; 29(1):64-73.
- 11- Rodríguez García R. Depresión y Ansiedad. En: Rodríguez García R, Lazcano Botello G, editores. *Práctica de la Geriatria.* México: Mc GrawHill; 2011.
- 12- Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin.* 2011; 72(1):11-6.
- 13- Milán Vegas A, Ruíz Ruíz M, Mora Fernández J. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la depresión en el anciano. *Medicine* 2006; 9(62):4049-51.
- 14- Sanjoaquín Romero A, Fernández Arín E, Mesa Lampré, García-Arilla Calvo E. Valoración geriátrica integral. En: *Tratado de Geriatria para residentes (online).* (acceso 5 noviembre del 2015); (4) 59-68. Disponible en: www.segg.es.
- 15- Moreno-Oliver I, Viñas R, Martín-Navarro M, Vega F, Jimenez-García J. Trastornos afectivos. Depresión y manía. En: Rodríguez García J, editor. *Diagnóstico y tratamiento médico.* Madrid. Marbán 2011 p 1949-58.
- 16- Hulley SB, Cummings SR. *Diseño de la Investigación clínica. Un enfoque epidemiológico.* Barcelona: Doyma; 1993.
- 17- Tapia-Mejía M, Morales-Hernández J, Cruz-Ortega R, De la Rosa-Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Rev Enfermería IMSS* 2000;8(2):87-90.

- 18-Piñáñez García M, Re Domínguez M. Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2015; 2(2):63-9.
- 19-Giacoman C, Funes D, Guaman LM, Montiel T. Depresión y escolaridad en adultos mayores. Diálogos sobre educación. 2011;1(2):1-11.
- 20- Crespo Guzmán A, Hernández Esterlin Y, Rowley Anderson J, Claro N. Evaluación funcional y depresión en adultos mayores. Policlínico universitario "René Bedia". Municipio boyeros, 2012. GeroInfo 2012; 7(3):1-14.
- 21-Villanueva V. Evaluación del paciente anciano. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina UNNE (online). 2000 [acceso 10 septiembre 2015] Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista98/evaluación_paciente_anciano.htm
- 22-Barrantes-Monge M, García-Mayo E, Gutiérrez-Robledo L, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública Mex 2007; 49(supl 4):S459-66.
- 23-Castelo Vega J M, Olivera Hermoza R, Vivanco Ortiz A. Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada. SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana- UNSAAC 2002; 21: 49-54.
- 24-Zavala-González MA, Posada-Arévalo SE, Cantú-Pérez RG. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. Archivos en Medicina Familiar 2010; 12(4):116-26.