



**ESTILOS DE VIDA, CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS
ASOCIADAS A LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN
HOGARES GERIÁTRICOS EN BOGOTÁ DE LA LOCALIDAD DE USAQUÉN EN EL
BARRIO CONTADOR EN EL AÑO 2023**

**AUTOR
ADRIANA AMADO TORRES
JESSICA JULAITH ROMERO LEGUIZAMÓN
MARÍA DISELLA VERA**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ, 25 DE OCTUBRE 2023

**ESTILOS DE VIDA, CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS
ASOCIADAS A LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN
HOGARES GERIÁTRICOS EN BOGOTÁ DE LA LOCALIDAD DE USAQUÉN EN EL
BARRIO CONTADOR EN EL AÑO 2023.**

**Trabajo de investigación para optar al título de
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA**

Presentado por

Adriana Amado Torres

Adriana.amado@urosario.edu.co

Jessica Julaith Romero Leguizamón

Jessica.romero@urosario.edu.co

María Disella Vera

Maria.vera@urosario.edu.co

Tutor metodológico

GLORIA SIERRA HINCAPIE

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

**BOGOTÁ, 25 DE OCTUBRE 2023
FICHA INSTITUCIONAL**

1. Universidad de Nuestra Señora del Rosario, universidad CES- Facultad de medicina. Especialización en epidemiología
2. Adriana Amado Torres, Jessica Julaith Romero Leguizamón, María Disella Vera, Sin afiliación de grupo de investigación.
3. Hogar Geriátrico previa revisión y aprobación por parte de los directores de las instituciones y la Secretaría de Salud

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad del Rosario y la Universidad CES y la institución participante no se hacen responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

CONTENIDO

RESUMEN	10
1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	12
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
2 MARCO TEÓRICO	14
2.1 ¿QUIEN ES UNA PERSONA ADULTO MAYOR?	14
2.1.1 ¿qué es envejecimiento humano?.....	14
2.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS.....	14
2.2.1 Estructura de la población en Colombia según sexo y edad.	14
2.2.2 Personas adultas mayores según edad.	15
2.2.3 Distribución según Grupo Étnico	15
2.2.4 Porcentaje de adultos mayores con discapacidad según Departamentos.....	16
2.2.5 Trastorno depresivo en adultos mayores por región.....	16
2.3 DEPRESIÓN	17
2.3.1 Epidemiología.....	17
2.3.2 Definición.....	19
2.3.3 Factores Etiológicos.....	19
2.4 CLASIFICACION DE LA DEPRESIÓN.....	19
2.5 SINTOMAS DE LA DEPRESION GERIATRICA.....	20
2.6 INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA DEPRESIÓN.....	20
2.6.1. Escala Hetero aplicada de Hamilton para la Depresión (HRSD)	20
2.6.2. Inventario de depresión de Beck	20
2.6.3. Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	20
2.6.4. Escala Depresión Geriátrica de Yesavage.....	21
2.7 DIAGNOSTICO	21
2.8 TRATAMIENTO.....	21
2.8.1. Farmacológicos.....	22
2.8.2. Estrategias para superar la depresión en adultos mayores.....	22
2.9 ANSIEDAD	23
2.9.1 Epidemiología.....	23
2.9.2 Definición.....	23
2.9.3 Etiología.....	24
2.9.4 Signos y Síntomas.	24
2.9.5 Diagnostico.....	24
2.9.6 Tratamiento	25
3 HIPÓTESIS	26
4 OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	27

4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5	METODOLOGÍA	28
5.1	ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	28
5.2	TIPO DE ESTUDIO	28
5.3	POBLACIÓN	28
5.4	CALCULO MUESTRAL	28
5.5	DISEÑO MUESTRAL	29
5.6	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	29
5.6.1.	Diagrama de variables	29
5.6.2.	Variables	30
5.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	37
5.7.1.	Fuentes de información	37
5.7.2.	Instrumento de recolección de información	37
5.7.3.	Proceso de obtención de la información (qué, quién, cómo, cuándo)	38
5.8	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	38
5.9	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	38
5.9.1	TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE LOS PARTICIPANTES, TIEMPO DE ARCHIVO, PROCEDIMIENTOS DE CUSTODIA Y DISPOSICION FINAL	39
6	CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
7	RESULTADOS.....	41
7.1	Características Sociodemográficas de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.	41
7.2	Estilo de vida de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén	42
7.3	Condiciones clínicas de los adultos mayores institucionalizados.....	42
7.4	Niveles de ansiedad en la escala de Goldberg y la depresión en la escala de YESAVAGE de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.....	43
7.5	Condiciones sociodemográficas asociadas a Depresión de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.	45
7.6	Condiciones sociodemográficas asociadas a Ansiedad de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.	45
7.7	Condiciones clínicas asociadas a Depresión de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.	46
7.8	Condiciones clínicas asociadas a Ansiedad de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.	47
7.9	Estilo de vida asociada a Ansiedad de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.	47
7.10	Estilo de vida asociada a Depresión de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.	48
8	DISCUSIÓN	49
9	CONCLUSIONES	52
10	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
11	ANEXOS.....	57

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Personas Adultas mayores según Entidad Territorial 2020	15
Tabla 2 Clasificación de la depresión.....	19
Tabla 3 Etiología de la Depresión	24
Tabla 4 Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional	28
Tabla 5 Criterios de inclusión y de exclusión de los participantes del estudio	29
Tabla 6 Variables a estudiar en el estudio.....	30
Tabla 7 Control de errores y sesgos.....	38
Tabla 8 Características sociodemográficas.....	41
Tabla 9 Condiciones Clínicas	43
Tabla 10 Condiciones sociodemográficas asociadas a Depresión	45
Tabla 11 Condiciones sociodemográficas asociadas a Ansiedad.....	46
Tabla 12 Condiciones clínicas asociadas a Depresión	46
Tabla 13 Condiciones clínicas asociadas a Ansiedad.....	47
Tabla 14 Estilo de vida asociada a Ansiedad	47
Tabla 15 Estilo de vida asociada a Depresión	48

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración 1 Personas Adultos Mayores según edad en población 2020	15
Ilustración 2 Adultos Mayores según Grupo Étnico	16
Ilustración 3 Número de casos de trastorno depresivo, por Región de la OMS (en millones)	17
Ilustración 4 Diagrama de las variables de estudio	29
Ilustración 5 Estilos de vida de los pacientes y tiempo de estancia en la institución	42
Ilustración 6 Ansiedad con escala Goldberg	44
Ilustración 7 Depresión en escala Yesavage	44

RESUMEN

Introducción: Las manifestaciones de ansiedad y depresión en los adultos mayores suele ser frecuente y pueden ser un cambio drástico para la vida de la persona, ya que se asocia con una emoción negativa, tales como incremento de la discapacidad, disminución de la sensación de bienestar e insatisfacción con la vida.

Objetivos: Identificar la asociación entre estilos de vida, condiciones sociodemográficas y clínicas asociadas a la ansiedad, depresión en el adulto mayor en hogares geriátricos en Bogotá en la localidad de Usaquén en el año 2023

Metodología: Es un estudio observacional, analítico de corte transversal con el cual se determinará la asociación entre estilos de vida, condiciones sociodemográficas y clínicas asociadas a la ansiedad y depresión, por medio de las diferentes escalas aplicadas en encuestas que medirán las dos variables de ansiedad y depresión.

Resultados: Con un total de 40 adultos mayores institucionalizados 11 de ellos es decir un 27.5% padecen de ansiedad con puntuación mayor a 4, y 32 adultos mayores que equivale a un 80% padece de depresión leve con una puntuación de 6 a 9. El hecho de ser mujer y menos de 75 años y tener una estancia en la institución inferior a 2 años disminuye el riesgo de presentar depresión en un 26,0%, 24,0% y 31,6% respectivamente, con relación a los factores que disminuyen la ansiedad se encontró que el ser independiente disminuye su riesgo en un 73%.

Palabras Clave: Adulto mayor; Hogar geriátrico; Ansiedad; Depresión; Institucionalizado; Hogar de cuidado.

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud la población de adultos mayores ha ido aumentando en todo el mundo, se espera que entre 2015 y 2050 esta población se duplique de 12 a 22% (900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años(1). En la población colombiana, para el 2020 se estimó un total de 6.478.451 personas mayores de 60 años, es decir el 13,5% en departamentos tales como, Bogotá, Valle del Cauca y Antioquia con un 14% al 15% de población adulto mayor, siendo la región pacífica con un 35% de población de adulto mayor(2).

. Se estima que la depresión afecta a un 3,8% de la población (280 millones de personas), y en el adulto de más de 60 años se encuentra en el 5,7 y en cuanto a la ansiedad afecta al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1% (3).

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes dentro de la sociedad actual, ya que día tras día trae modificaciones en las condiciones sociales, económicas y culturales. Al pasar el tiempo el adulto mayor presenta cambios como son: el deterioro físico, la pérdida de independencia, la pérdida funcional (4). En ocasiones dentro de la sociedad, incluso dentro de la familia, pierde su importancia generando rechazos, críticas y desamor que los conlleva a que sea una de las causas por las cuales sean internados en un hogar geriátrico, y como allí la vida se hace rutinaria en muchos casos, la prevalencia de enfermedades es más alta provocando monotonía, hastío, aburrimiento (3).

La ansiedad y depresión en el adulto mayor se está convirtiendo en un importante problema de salud pública, ya que los adultos mayores con este tipo de enfermedad consultan al médico tres veces más frente a los pacientes que no presentan este tipo de enfermedad, de esta forma, existe un incremento significativo en el suministro de medicamentos, hospitalizaciones, insumos utilizados y traslado entre clínicas buscando una atención especializada(4).

Se pudo evidenciar que se encuentran diversos estudios acerca de los factores asociados a la ansiedad y depresión en el adulto mayor, sin embargo no se encontró evidencia que soporte que estos factores sociodemográficos también estén involucrados con que el adulto mayor viva en un hogar geriátrico, por lo tanto lo que se pretende investigar en este proyecto es la asociación entre ansiedad y depresión en el adulto mayor en los Hogares Gerontológicos ubicados en la ciudad de Bogotá en la Localidad de Usaquén en el barrio contador(5).

1.2 JUSTIFICACIÓN

Se genera la necesidad de estudiar desenlaces como la ansiedad y la depresión, los cuales pueden provocarse por diferentes factores como la pérdida de la pareja, el nivel socioeconómico bajo, la separación, la presencia de enfermedades, el lugar de residencia o si ha perdido la capacidad funcional en algunas actividades cotidianas, entre otros, causando un impacto negativo en la parte emocional, generando depresión y ansiedad(6).

Es importante que el hogar geriátrico cuente con ciertos requerimientos para el adulto mayor, dentro de los cuales esta: Talento humano, quien debe tener un director que será el encargado de verificar y velar por los servicios que se le están ofreciendo a este tipo de población allí institucionalizada, debe haber un cuidador o un auxiliar de enfermería por cada 20 pacientes que tengan un Barthel 15/15 o una capacidad funcional suficiente para no necesitar de mucha ayuda, debe contar con capacitaciones anuales para los profesionales que laboren allí que responda a las necesidades de cada uno, evaluaciones para mejorar la interacción entre los pacientes y de las familias, deben contar con personal de aseo y de mantenimiento, persona encargada del menú para cada paciente, y para la actividades de estimulación cognitiva de los pacientes, persona para actividades físicas y actividades recreativas(7).

El ambiente siempre debe ser agradable y limpio, libre de ruidos, debe tener iluminación y ventilación, si el hogar tiene cocina propia siempre debe tener lugar para almacenamiento de alimentos, vajilla limpia, personal de cocina con su respectivo vestuario, debe tener oficinas administrativas, espacio para las personas de servicios generales, la infraestructura, debe ser segura, sin barreras, debe tener avisos de emergencia claros tanto letreros o tácticas para personas con alguna discapacidad especial, debe contar con alarmas, kit de bioseguridad además de extintores, debe contar con botellas o dispensador de agua, las puertas deben ser seguras sin poner riesgo la

vida de otros pacientes, los pisos deben ser firmes, si es de más de dos pisos, debe contar con rampas o ascensores los baños deben estar siempre con buena higiene deben tener agarraderas o barras, pasamanos, espejos, debe tener sillas, camas en buen estado, silla de rueda y todo lo demás para brindarle al adulto mayor un hogar que sea seguro y que además de ayudarlo a su bienestar también lo haga en su parte emocional, se permitirán las visitas de familiares y amigos dentro de los horarios establecidos por cada hogar geriátrico, teniendo en cuenta cada una de las normas también establecidas, que además de recibir visitas también se les permita salir con sus familias(8)..

El presente estudio observacional analítico de corte transversal busca evaluar los diferentes factores de exposición que conllevan a la ansiedad y depresión en el adulto mayor en los hogares geriátricos en la localidad de Usaquén en el barrio contador la cual se realizará bajo unas encuestas aplicando las escalas de medición validadas para ansiedad y depresión, Escala de Yesavage y Subescala de Goldberg escala Barthel para medir discapacidad y Apgar Familiar para evaluar entorno familiar y que nos permitan determinar porque se desarrollan estos desenlaces, dejamos este estudio abierto a todo aquel que desee conocer de primera mano los factores que se hallaron, para que pueda aminorar este impacto en sus familiares y cercanos.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los estilos de vida, condiciones sociodemográficas y clínicas asociadas a la ansiedad y depresión en el adulto mayor en los hogares geriátricos en Bogotá en la localidad de Usaquén en el barrio contador en el año 2023?

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ¿QUIEN ES UNA PERSONA ADULTO MAYOR?

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), define al anciano o adulto mayor en países desarrollados a toda persona mayor de 65 años y en países en vías de desarrollo a toda persona mayor de 60 años(9).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define al adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, categorizándolos en los siguientes grupos(10).

- Edad avanzada 60-74 años
- Ancianos 75-89 años
- Longevos 90-99 años
- Centenarios Más de 100 años

2.1.1 ¿qué es envejecimiento humano?

El envejecimiento humano es un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; en el cual a lo largo de la vida se va desarrollando y termina con la muerte. A lo largo de este desarrollo presenta cambios biológicos y psicológicos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades (11).

2.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS

2.2.1 Estructura de la población en Colombia según sexo y edad.

En el censo aplicado por el DANE en el año 2018, para el año 2020 la población general proyectada era de 49'834.240 habitantes, 55% mujeres y 45% hombres, 6.478.451 (13.5%) de esa población general son personas mayores de 59 años, de los cuales 22.945 son centenarios, siendo el 65% mujeres y el 35% hombres (12).

Tabla 1 Personas Adultas mayores según Entidad Territorial 2020

DEPARTAMENTO	Adulto mayor de 60 años (2020)	% Dentro del total de Colombia
Quindío	84.106	15%
Caldas	150.425	15%
Tolima	196.945	14%
Boyacá	184.030	14%
Risaralda	138.537	14%

Fuente: DANE Censo 2018. Proyecciones poblacionales para 2020

2.2.2 Personas adultas mayores según edad.

Las personas adultas mayores, en general tienen edades entre los 60 y 69 años representan el (55,7%) (13)..

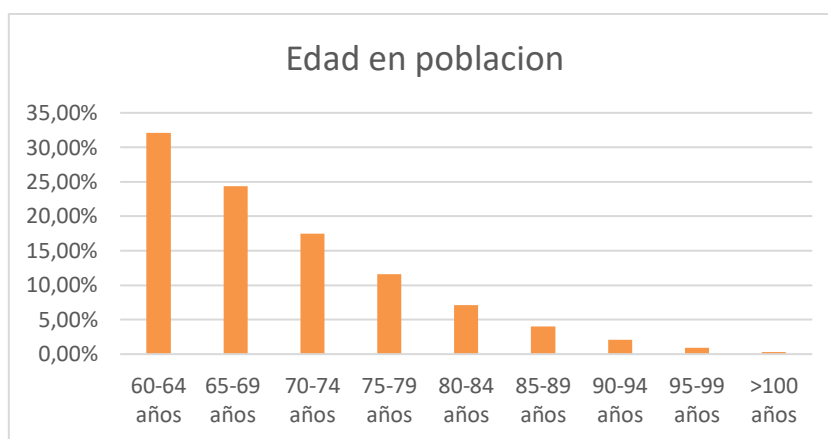


Ilustración 1 Personas Adultas Mayores según edad en población 2020

Fuente: DANE Censo 2018. Proyecciones poblacionales para 2020

2.2.3 Distribución según Grupo Étnico(13).

Las personas mayores identificadas en el Censo de 2018 de grupos étnicos, 319.716 personas, el 6,5% manifestaron pertenecer a algún grupo.

Las personas adultas mayores afrocolombianas predominan en Valle del Cauca, Chocó, Bolívar, Antioquia, Cauca y Nariño.

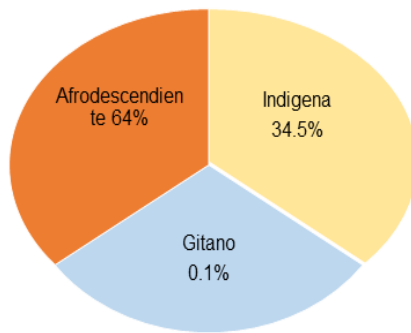


Ilustración 2 Adultos Mayores según Grupo Étnico
Fuente: DANE Censo 2018.

2.2.4 Porcentaje de adultos mayores con discapacidad según Departamentos

En Colombia el 4,7% de la población reportó tener discapacidad, en cuanto a dificultades para realizar algunas actividades o hacerlas con dificultad, 818.814 (14%) son personas mayores de 60 años y más (14).

Los departamentos con mayor porcentaje de discapacidad son: Putumayo con un 25%, Nariño con 23,9%, Cauca con 23% y Huila con 20% (14).

2.2.5 Trastorno depresivo en adultos mayores por región.

Según la OMS la región con más índice de depresión en adultos mayores es Asia Sudoriental(15).

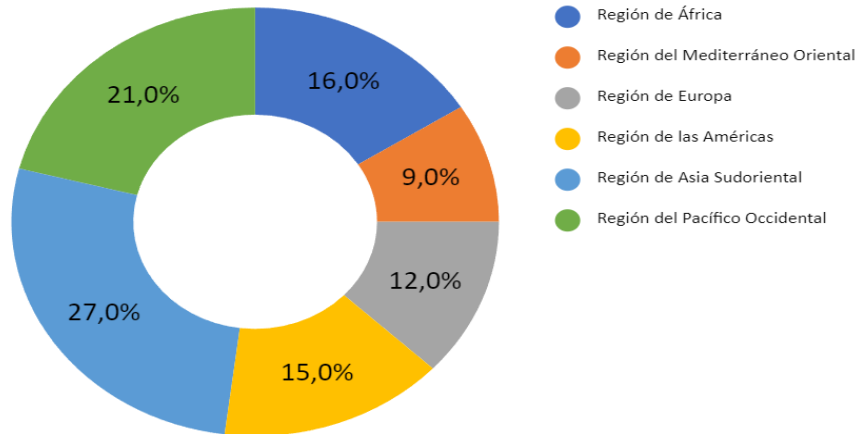


Ilustración 3 Número de casos de trastorno depresivo, por Región de la OMS (en millones)

Fuente: Depresión y otros trastornos mentales

2.3 DEPRESIÓN

2.3.1 Epidemiología.

En 1950, aproximadamente el 8% de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10% y se espera que alcance un 21% para el 2050. Aumentando así mismo la prevalencia del trastorno depresivo mayor en la población geriátrica, que al día de hoy se encuentra entre el 1,2 y 9,4%, si se incluyen los individuos con síntomas depresivos que no satisfacen criterios para depresión mayor, la prevalencia llegaría hasta el 46%(16).

Se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas a nivel mundial y que una de cuatro personas sin importar edad o condición social sufrirá algún problema de este tipo en el transcurso de su vida (15). En el informe de la OMS en Países como estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión se encuentra entre el 6% y el 20%, en Italia asciende esta cifra hasta el 40%, en países como México y Brasil la prevalencia fue de 5,8% en mujeres y un 2,5% en los hombres, incrementándose con la edad, en Países como Cuba se encuentra la prevalencia en el 5,5%, Paraguay 5,2%, Chile y Uruguay tienen el 5%, Perú, 4,8% mientras que Argentina, Costa Rica y República Dominicana muestran, igual que Colombia, un 4,7% (5). Sin embargo, estudios

evidencian que este es el trastorno afectivo más frecuente en los adultos mayores, afectando al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 al 30% de los que viven en geriátricos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comorbilidades. La incidencia de casos nuevos por año es de 15% (17).

Aunque muchas personas asumen que las mayores tasas de suicidio son las de los jóvenes, en realidad la mayor tasa de suicidios en los Estados Unidos la tienen los hombres blancos mayores de 85 años o más, muchos tienen una enfermedad depresiva de la que los médicos no son conscientes, a pesar de que muchas de estas víctimas de suicidio visitan a sus médicos durante el mes anterior a su muerte (12)..

Durante los últimos 10 años se han realizado diversos estudios acerca de la depresión y la prevalencia en las diferentes ciudades. En Antioquia en el año 2012 se realizó un estudio donde la prevalencia del riesgo de depresión fue de 29,5 % y se encontró asociación con la edad mayor de 75 años, el sexo femenino, la residencia en zona rural y la condición de viudez (18).

En Barranquilla en el año 2013 otro estudio realizado en cuatro hogares geriátricos se encontró una prevalencia del 36,3% según la escala de depresión geriátrica de Yesavage, de los cuales el 24,2% presentaron depresión leve y el 12,1% severa, encontrándose además asociación con el nivel educativo (19).

En Antioquia otro estudio realizado en el año 2016 se encontró con la Escala de Depresión Geriátrica, que el 73,7% de los adultos mayores encuestados no registran riesgo de depresión; sin embargo, la prevalencia del riesgo es de 26,3%, con un 16,2% de depresión en riesgo leve y el 10,1% muestran riesgo de depresión establecida (19).

En Risaralda en el año 2018 en un hogar de Santa María y el hogar paraíso otoñal se realizó un estudio en el cual los resultados arrojaron que la diferencia de un hogar al otro era la calidad de vida y por ende el acompañamiento de su familiar ya que en el hogar geriátrico paraíso otoñal el adulto mayor se encuentra más acompañado de la familiar y reduce el nivel de depresión mientras que en el hogar Santa María el adulto mayor presenta una emoción negativa(20).

2.3.2 Definición

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se asocia a un decaimiento psicológico y biológico de la persona, se manifiesta a través de unos síntomas psíquicos, los cuales pueden ser la aparición de la pérdida del interés, disminución de la autoestima y tristeza, también se puede presentar en forma de pérdida del apetito, disminución del peso corporal, astenia o alteraciones del sueños (21).

2.3.3 Factores Etiológicos(22)-

2.3.3.1 Genéticos: Los familiares de primer grado tienen una mayor probabilidad de padecer depresión.

2.3.3.2 Neuroquímicos: Los neurotransmisores más relacionados con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER). Estudios han comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en sangre y orina en pacientes con depresión, también existe una disminución de los puntos de receptación de la serotonina, en las plaquetas de paciente enfermos con depresión. También se ha observado que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión.

2.3.3.3 Endocrinos: Se ha visto alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.

2.3.3.4 Anatómicos y fisiológicos: Alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo, alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.

2.4 CLASIFICACION DE LA DEPRESIÓN (23).

Tabla 2 Clasificación de la depresión

Trastorno de depresión mayor:	Trastorno depresivo persistente (distimia):	Depresión menor:
Síntomas que interfieren con la capacidad de trabajar, comer y disfrutar de la vida, dormir, concentrarse, las personas pueden tener un solo episodio en la vida, pero es más común tener varios episodios.	Síntomas menos fuertes que los de la depresión grave, suelen durar por mucho tiempo (por lo menos dos años).	Síntomas de depresión que no son tan fuertes como los de la depresión grave o del trastorno depresivo persistente y que no duran mucho tiempo.

Fuente: *Depresión en el adulto mayor*

2.5 SINTOMAS DE LA DEPRESION GERIATRICA

Estado de ánimo triste o ansioso, sentirse “vacío” gran parte del tiempo, desinterés en los pasatiempos y las actividades, pesimismo, sentimientos de culpa, falta de autoestima e impotencia, tener menos energía, dificultad para concentrarse, problemas para dormir, cambios en el apetito o el peso, pensamientos sobre la muerte, sentirse irritable, dolores y molestias físicas, que no se alivian ni siquiera con tratamiento (24).

2.6 INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA DEPRESIÓN(25).

2.6.1. Escala Hetero aplicada de Hamilton para la Depresión (HRSD)

Esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cron Bach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación de 0,92. La fiabilidad intero observador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. Ha sido recomendada y validada por el instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

Esta escala evalúa los síntomas relacionados con la depresión, consta de 21 ítems, los cuales se realiza una sumatoria final para conocer la gravedad de los síntomas, dentro de los resultados obtenidos, un puntaje entre 0 y 7 significa no presencia de depresión, una puntuación entre 8 y 13 significa depresión ligera/menor, de 14 a 18 puntos es una depresión moderada, y de 19 a 21 una depresión severa.

2.6.2. Inventario de depresión de Beck

Es un instrumento de auto aplicación utilizado para medir la depresión en adultos y en adolescentes con edad mínima de 13 años, es una escala que ha demostrado una alta consistencia interna tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de alrededor de 0,92 (19). Consta de 21 preguntas de respuesta múltiple, la cual evalúa la presencia y severidad de depresión en los pacientes, cada uno de los ítems contiene una escala valorativa del 0 al 3 que indicarán la severidad de los síntomas. La puntuación final varía entre 0 hasta 63 puntos que indicarán el grado de severidad de la depresión (26).

2.6.3. Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

Es una escala que ha atravesado por diversos estudios de validación desde la fecha de su publicación, y ha arrojado buenos resultados en la evaluación de confiabilidad, con valores de consistencia interna entre 0,76 y 0,95, y confiabilidad inter evaluadores alta (de $\alpha = 0,8$ a $\alpha = 0,95$). Se centra en aspectos cognitivos, afectivos y somáticos por lo cual

es muy utilizada en profesionales de la salud mental. Cuenta con 10 ítems, a través de ellos se conoce la presencia de síntomas emocionales y físicos que indican depresión(2)..

2.6.4. Escala Depresión Geriátrica de Yesavage

Es una escala que ha mostrado una excelente confiabilidad con valores alfa entre 0.80 - 0.95, y distintos tipos de validez, ya que ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles y el español para México americanos.

Esta escala ha sido frecuentemente utilizada para la población adulto mayor, inicialmente consta de 15 preguntas para facilitar a la población mayor, en este cuestionario de 15 preguntas, Se asigna un punto por cada respuesta y la suma total se valora (27).

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve.

>10: Depresión establecida.

2.7 DIAGNOSTICO

El diagnóstico debe contener una historia clínica bien desarrollada donde especifique los síntomas actuales, los factores desencadenantes, antecedentes personales y familiares, medicamentos del paciente, exploración física y psicopatológica como las alteraciones conductuales, el estado de humor, el estado afectivo, sentimientos de culpa), además debe contener una exploración y pruebas complementarias como diversos exámenes de sangre (28).

2.8 TRATAMIENTO

Para tener un tratamiento eficaz se deben abordar las comorbilidades del paciente, e incluir intervenciones farmacológicas haciendo un seguimiento de los posibles efectos secundarios, sin embargo, también estudios han demostrado que incluir a la familia dentro de este tratamiento ha resultado muy eficaz, ya que cuando la ansiedad y depresión se encuentra como base el entorno familiar, la mejor terapia es brindarle al paciente su familia(29).

2.8.1. Farmacológicos

Dentro de los fármacos que ayudan a manejar o controlar los síntomas de la depresión encontramos los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) los cuales están (citalopram, escitalopram, sertralina, venlafaxina y mirtazapina.) (30) que son los más utilizados en adultos mayores, se recomienda iniciar dosis bajas para poder evaluar la tolerancia y así poder ir ajustando la dosis de forma gradual hasta lograr la dosis recomendada, realizando un seguimiento con exámenes de control(29).

2.8.2. Estrategias para superar la depresión en adultos mayores(17).

- **Activación conductual:** Es de las más utilizadas ya que es un tratamiento que por su manera de estar estructurado ha mostrado eficacia ya que se emplean diferentes técnicas que tienen como objetivo lograr que el paciente con depresión pueda organizar su vida y su manera de verla positiva, por medio de actividades que le sean placenteras.
- **Terapia de solución de problemas:** Es una terapia que está limitada por el tiempo, la cual tiene como objetivo ayudar a que los pacientes mejoren las estrategias de afrontamiento ante problemas específicos.
- **Terapia incluyendo a la pareja:** Las dificultades interpersonales en la depresión pueden afectar las relaciones de pareja, ya que todo está centrado en efectos negativos que también pueden involucrar a la pareja, y en este caso este tipo de terapia el objetivo es que ambos tengan un apoyo mutuo para reducir los conflictos.
- **Terapia interpersonal:** Gerard Klerman y Mirna Weisman, hace algo más de dos décadas, desarrollan un tratamiento efectivo en adultos para mayores, para tratar la depresión; consiste en enfatizar las relaciones actuales, “el presente” y todo el entorno personal y social, esta terapia consiste en disipar los síntomas afectivos que se logran determinar en algunos trastornos depresivos, resolviendo los conflictos que se hayan en el ámbito relacional.
- **Counselling:** Se basa en hallar estrategias de comunicación que motiven o ayuden a una persona a que tome la decisión que considere más acertada teniendo en cuenta factores como sus motivaciones, estado de ánimo, principios morales para que lo incentiven a un estado de tranquilidad, y de esta forma logre expresar, sus diferentes sentimientos y emociones; aprenda a tener el control de ciertas situaciones y enfatice en lograr cambios en su vida, para que sienta que puede ser competente y tener control. .

- **Terapia de remotivación:** El objetivo de esta terapia es motivar al adulto mayor a que se interese nuevamente por su círculo social y entorno, tratando de dejar a un lado sus problemas emocionales., debe llevar a cabo actividades que signifiquen para él una motivación activa.
- **Terapia psicomotriz:** Este tipo de terapia consiste en utilizar el cuerpo con el movimiento para mantener la capacidad física y psicomotriz del adulto mayor, a su vez ayudando a facilitar el desarrollo perceptivo, físico, cognitivo, afectivo, social y ambiental del sujeto. Por ello, es importante que los adultos mayores pueden tener fácil acceso a alguna actividad psicomotriz o ejercicio físico(30).

2.9 ANSIEDAD

2.9.1 Epidemiología

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), revela que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas(25).

Los trastornos mentales representan un 23% de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos a moderados, se ven relacionados con menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad (21).

El estudio de salud mental en Colombia encontró una prevalencia de 19,3% para la población general, con diferencias importantes entre hombres (11,7%) y mujeres (17,1%) y para la población adulta mayor se estima que al menos un 15,3% de esta población ha presentado eventos ansiosos (2).

2.9.2 Definición

Los trastornos de ansiedad en el adulto mayor han sido frecuentes, en algunas ocasiones recibiendo poca atención por lo que la presencia de esta enfermedad en esta edad se ha considerado una 'patología ligera', que tiene un impacto en la funcionalidad del paciente, ya que comienza con un deterioro importante en la calidad de vida y se asocia con una mayor mortalidad (31).

Cuando un adulto mayor comienza a presentar ansiedad genera una carga asistencial importante, ya que los familiares solicitan asistencia, principalmente en atención primaria, ya que no se sienten capacitados de manejarla sin ayuda de un especialista, pero si

conocen más de su naturaleza y de su clínica podrán tratarla eficazmente y ayudará a que el paciente tenga una mejor calidad de vida y así mismo el de su entorno (31).

2.9.3 Etiología

Tabla 3 Etiología de la Depresión

Factores intrínsecos	Factores extrínsecos	Factores ambientales
son aquellos que se dan por genética del ser humano, un ejemplo de ello es el proceso perceptivo en el cual se ve afectado los órganos sensoriales, con un nivel de motricidad, que afecta la capacidad de recibir información de su entorno.	Estos se dan en etapas más tempranas de la vida que son ocasionados por el estrés, la falta de ejercicio el cigarrillo, los medicamentos que reciba e inclusive por enfermedades.	Estos se ven más influyentes por los estilos de vida del adulto mayor, que lleva a sentimientos negativos ya sea por su entorno familiar o por sentir rechazo de la sociedad.

Fuente Depresión y ansiedad en el adulto centro geriátrico Daniel Álvarez mayor del Sánchez de la ciudad de Loja”

2.9.4 Signos y Síntomas (25)

El diagnóstico de la depresión sigue siendo únicamente clínico

- Aburrimiento.
- Apatía
- Indiferencia
- Anhedonia
- Nerviosismo.
- Inquietud interior
- Alteración del sueño.

2.9.5 Diagnostico

Para el diagnostico de ansiedad se requiere de una buena presentación de historia clínica ya que este trastorno incrementa la demanda de los servicios de salud, se debe basar en buscar los signos y síntomas que sean característicos de la ansiedad para no confundirla con la depresión(32).

2.9.6 Tratamiento

- Realizar ejercicio físico que incluya estiramientos de actividades que pueden prevenir la aparición de la ansiedad.
- Tener pausas de descanso.
- Establecer actividades que sea prioridades para ellos.
- Tener espacios para relacionarse con los amigos y la familiar, es una buena forma de recibir apoyo social.
- Tener una buena dieta y no consumir alcohol.
- Saber afrontar los problemas por medio de una buena comunicación.
- No rendirse ante las primeras actividades que ya no pueda realizar de manera independiente (33).

3 HIPÓTESIS

Ho: Los factores sociodemográficos, clínicos y los estilos de vida no están asociados con la ansiedad y depresión en el adulto mayor de los hogares geriátricos en Bogotá en el año 2023.

Ha: Los factores sociodemográficos clínicos y los estilos de vida están asociados con la ansiedad y depresión en el adulto mayor de los hogares geriátricos en Bogotá en el año 2023.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los factores sociodemográficos, clínicos y estilos de vida que están asociadas a la ansiedad y depresión en el adulto mayor que habitan en los hogares geriátricos en Bogotá en la localidad de Usaquén en el año 2023.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar, condiciones sociodemográficas, estilos de vida y clínicas en la población de estudio.
2. Describir los niveles de Ansiedad y Depresión en el adulto mayor de un hogar geriátrico en Bogotá por medio de las escalas (Yesavage Y Goldberg)
3. Analizar la asociación entre estilos de vida, condiciones sociodemográficas y clínicas con la ansiedad y depresión en el adulto mayor en los hogares geriátricos en Bogotá.

5 METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo en el que utilizó la información que los pacientes brindaban en las encuestas midiendo variables y aplicando las escalas de ansiedad Goldberg y la escala de depresión Yesavage.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, analítico de corte transversal para determinar la asociación entre estilos de vida, condiciones sociodemográficas y clínicas asociadas a la ansiedad y depresión.

5.3 POBLACIÓN

- Blanco: Adultos mayores que vivan en hogares geriátricos de Colombia
- Elegible: Adultos mayores institucionalizados en hogares de cuidado del adulto mayor en Bogotá
- Accesible: Adultos mayores de los hogares geriátricos de la localidad de Usaquén en el barrio contador.

5.4 CALCULO MUESTRAL

Se realizó un cálculo muestral basado en proporciones el cual se realizó en el paquete estadístico Epidat 3.1 en el que se tomaron 120 adultos mayores como base de dos hogares geriátricos en los cuales vamos a trabajar, a continuación, el cálculo muestral.

Tabla 4 Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

Tamaño poblacional:	75
Proporción esperada:	35.000%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
3.000	40

La población de la presente investigación está compuesta por 75 adultos mayores de los hogares geriátricos y se trabajará con 40 que cumplen con los criterios de inclusión establecidos por los investigadores.

Tabla 5 Criterios de inclusión y de exclusión de los participantes del estudio

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Residente en los hogares de la localidad de Usaquéen en el barrio contador.	Deterioro cognitivo
Tener una edad mayor a 60 años	Que exista alguna barrera de comunicación
Llevar institucionalizado más de 3 meses en el hogar geriátrico	Que el paciente no desee participar

Fuente Elaboración propia

5.5 DISEÑO MUESTRAL

El diseño muestral es no probabilístico por conveniencia con población que comparten características o rasgos similares con las variables que se van a estudiar dentro del hogar geriátrico, el cual de los 75 adultos mayores institucionalizados 40 cumplen con los criterios de inclusión.

5.6 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

5.6.1. Diagrama de variables

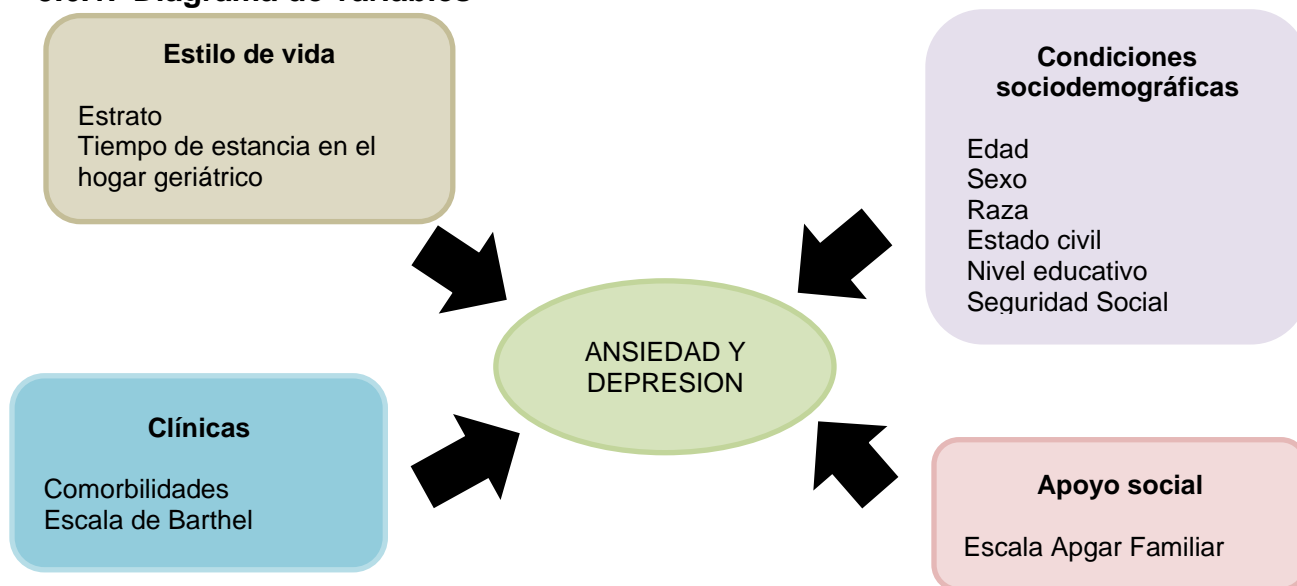


Ilustración 4 Diagrama de las variables de estudio

5.6.2. Variables

Tabla 6 Variables a estudiar en el estudio

Variable	Definición operatoria	Naturaleza de variable	Nivel de medición	Codificación
Edad	Número de años cumplidos en el momento de ingresar al estudio	Cuantitativa	Años	
Sexo	Sexo al cual pertenece	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Raza	Pertenece a alguna raza	Cualitativa	Nominal	1. Mestizo 2. Blanco
Estado civil	Estado civil de la persona	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Nivel Educativo	Grado de escolaridad	Cualitativa	Nominal	1. Primaria 2. bachiller 3. Técnico 4. universitario
Estrato	Nivel socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4 5. Estrato 5
Seguridad Social	Régimen subsidiado	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo 2. Especial
tiempo de estancia en el hogar geriátrico	tiempo transcurrido desde que ingresó a la institución	Cualitativa	Ordinal	1. 3 meses a 1 año 2. 1 año-2 años 3. 2 años- 3 años 4. >3 años
APGAR FAMILIAR	Determinan la funcionalidad de la familia	Cualitativa	Ordinal	1. sin disfunción 2. con disfunción familiar leve 3. con disfunción familiar moderada

Variable	Definición operatoria	Naturaleza de variable	Nivel de medición	Codificación
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?	Determinan la funcionalidad de la familia	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas?	determinan la funcionalidad de la familia	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades?	determinan la funcionalidad de la familia	cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: rabia, tristeza, amor, etc.?	determinan la funcionalidad de la familia	cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Me satisface como compartimos en mi familia?	determinan la funcionalidad de la familia	cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	determinan la funcionalidad de la familia	cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

Variable	Definición operatoria	Naturaleza de variable	Nivel de medición	Codificación
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)	determinan la funcionalidad de la familia	cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
ESCALA DE BARTHEL	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	0-20: Dependencia total 21-60: Dependencia severa 61-90: Dependencia moderada 91-99: Dependencia escasa 100: Independencia
Comer	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	0= incapaz 5= necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10= independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	0= incapaz, no se mantiene sentado 5= Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10= necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente

Variable	Definición operatoria	Naturaleza de variable	Nivel de medición	Codificación
Aseo personal	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	0= necesita ayuda con el aseo personal. 5= independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
Uso del retrete	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	0= dependiente 5= necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo. 10= independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	0= dependiente. 5= independiente para bañarse o ducharse
Desplazarse	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	0 = inmóvil 5= independiente en silla de ruedas en 50 m. 10= anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). 15= independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
Subir y bajar escaleras	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	0= incapaz 5= necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta. 10= independiente para subir y bajar

Variable	Definición operatoria	Naturaleza de variable	Nivel de medición	Codificación
Control de heces:	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	0= dependiente 5= necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
Control de orina	Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	= incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. 5= accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10= continente, durante al menos 7 días.
ESCALA DE DEPRESIÓN YESAVAGE	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Ordinal	1. normal 2. depresión leve 3. depresión establecida
¿Estas básicamente satisfecho con su vida?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Siente que su vida está vacía?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Se encuentra a menudo aburrido?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

Variable	Definición operatoria	Naturaleza de variable	Nivel de medición	Codificación
¿Se encuentra alegre y optimista? ¿Con buen ánimo casi todo el tiempo?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Se siente feliz? ¿contento, la mayor parte del tiempo?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido e indeciso?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Cree que es agradable estar vivo?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	valuar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

Variable	Definición operatoria	Naturaleza de variable	Nivel de medición	Codificación
¿Se siente lleno de energía?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Siente que su situación es angustiada o desesperada?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	evaluar el estado afectivo del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Escala De Goldberg	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. sí >4 puntos 2. no <4 puntos
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Ha estado muy preocupado por algo?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Se ha sentido muy irritable?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Ha tenido dificultad para relajarse?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

Variable	Definición operatoria	Naturaleza de variable	Nivel de medición	Codificación
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores y diarrea?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Ha estado preocupado por su salud?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
¿Se ha sentido con poca energía?	Determina síntomas asociados ansiedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

5.7.1. Fuentes de información

En este estudio la fuente de información fue primaria, ya que se utilizó la información recolectada en cada una de las encuestas aplicando las escalas que midieron la ansiedad y depresión, además se evaluó otros factores relacionados con la calidad de vida, condiciones sociodemográficas y clínicas de la población adulta mayor residente en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén en el barrio contador.

5.7.2. Instrumento de recolección de información

Para este estudio se utilizó la base de datos que brindó el hogar geriátrico con los datos de los pacientes que se encontraban institucionalizados, la cual se realizó en un Excel, para la recolección de la información, en particular, para los dos temas de interés en este estudio se utilizaron para la medición de la depresión la escala de depresión de Yesavage (abreviada), para la medición de la ansiedad la subescala de Goldberg, para la percepción de la calidad de vida se utilizó la escala de Barthel y test de Apgar para el

entorno familiar, por medio de encuestas orales para cada persona y posteriormente se diligenciaron por las investigadoras. Ver anexo 2 3 4 5

5.7.3. Proceso de obtención de la información (qué, quién, cómo, cuándo)

La recolección fue de fuente primaria ya que los datos se recolectaron por medio de encuestas, las cuales fueron realizadas por el personal encargado de la investigación, se contó con el permiso verbal del hogar geriátrico, dentro de la institución se contó el acompañamiento del personal del hogar sin que ellos interfirieran en el proceso de diálogo con los pacientes, ya que no tenían acceso a la información, ni a la respuesta de cada uno, además contamos con el acompañamiento de una psicóloga para los casos donde se requiriera intervención emocional para los adultos mayores.

5.8 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS

Tabla 7 Control de errores y sesgos

TIPO	Descripción de la posibilidad de ocurrencia	Forma de control
Selección	Todos los pacientes del hogar Geriátrico.	Que cumplan con los criterios de inclusión y que puedan responder las encuestas.
Información	Pacientes que según las escalas no recuerden el tiempo de síntomas.	Información por parte del cuidador.
Confusión	Actividades físicas	Se realizarán análisis estratificados con esa variable, para determinar su influencia en el resultado de calidad de vida.

Fuente Elaboración propia

5.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el procesamiento de la información se organizó una matriz de datos en Excel, que fue procesada en el paquete estadístico de SPSS de la siguiente manera:

- La presentación de resultados para las variables cualitativas se realizó por medio de frecuencias y porcentajes con tablas y gráficos según las categorías de las variables.
- Para medir la asociación con las variables independientes cualitativas: tablas de contingencia. (Chi Cuadrado, valor p, Fisher, OR crudo)
- Para el análisis bivariado se recodificaron algunas variables.

Se utilizó un nivel de significancia del 5% e intervalos de confianza 95%.

5.9.1 TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE LOS PARTICIPANTES, TIEMPO DE ARCHIVO, PROCEDIMIENTOS DE CUSTODIA Y DISPOSICION FINAL.

Los participantes tuvieron el derecho a la privacidad que no será violado, ya que se les brindó el consentimiento informado, primeramente, sus nombres y sus identificaciones no serán reveladas, como tampoco el hogar geriátrico en el que se encuentren, no se realizaron toma de fotografías ni video a los participantes. La información recolectada de su parte se mantendrá bajo estricta confidencialidad y se utilizó únicamente con fines académicos.

Se les informó a los participantes que los resultados se entregarán a la universidad bajo seguridad de la misma, y que además se realizó una entrega por escrita de estos mismos resultados,

6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud está en conformidad con las directrices estipuladas, sobre la investigación con participantes humanos y el nivel de riesgo que implican, la investigación no puso en riesgo la integridad física o psicológica de los participantes. Esta investigación tuvo la protección de la identidad, participación voluntaria y fines estrictamente académicos e investigativos de los resultados de investigación. Por lo tanto, requirió de un consentimiento informado para la aprobación de los participantes y por ende el permiso de sus acudientes, previo a la realización de la investigación se les explicó en qué consistía la encuesta y qué implicaciones tendría el hecho de aceptar participar en el estudio.

Se dejó constancia que durante la realización del presente estudio que no existirá conflicto de intereses entre los hogares geriátricos, la Universidad del Rosario y el grupo investigador, que pudieran haber afectado los resultados del mismo, fue una investigación que se llevó a cabo bajo unos principios, de confidencialidad de identidad de los participantes por parte de los investigadores, y así mismo del ente de la institución quienes estuvieron custodiando la investigación, asegurando que solo se utilizará con fines investigativos.

7 RESULTADOS

7.1 Características Sociodemográficas de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.

Para dar respuesta al primer objetivo específico cabe aclarar que para la descripción de los adultos mayores institucionalizados en la localidad de Usaquén se tuvieron en cuenta características como sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad y Raza. Los adultos mayores encuestados fueron 40, de estos adultos mayores el 57.5% son de sexo femenino, la edad de esta población está entre 61 y 92 años con un promedio de 73 años (DS 8,1). En la siguiente tabla se presenta la descripción de otras características sociodemográficas como: estado civil, raza, nivel de escolaridad, y seguridad social.

Tabla 8 Características sociodemográficas

		Frecuencia	%
Sexo	Femenino	23	57.5%
	Masculino	17	42.5%
Estado civil	Soltero	7	17.5%
	Casado	5	12.5%
	Divorciado	16	40.0%
	Viudo	7	17.5%
Raza	Unión libre	5	12.5%
	Mestizo	16	40.0%
	Blanco	24	60.0%
Escolaridad	Primaria	10	25.0%
	Bachiller	10	25.0%
	Técnico	4	10.0%
Seguridad social	Profesional	16	40.0%
	Contributivo	29	72.5%
	Especial	11	27.5%

Fuente *Elaboración propia*

7.2 Estilo de vida de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén

En cuanto a los estilos de vida de los adultos mayores de la localidad de Usaquén se encontró que el 42.5% de los adultos mayores pertenecen a el estrato 4, en los estratos 3 y 5 se distribuyen el 27% de los adultos mayores. En cuanto al tiempo de estancia en el hogar geriátrico el 27.5% se encuentran allí entre los 2 a 3 años, lo que llama la atención que quizá no tengan buena red de apoyo por parte de sus familiares.

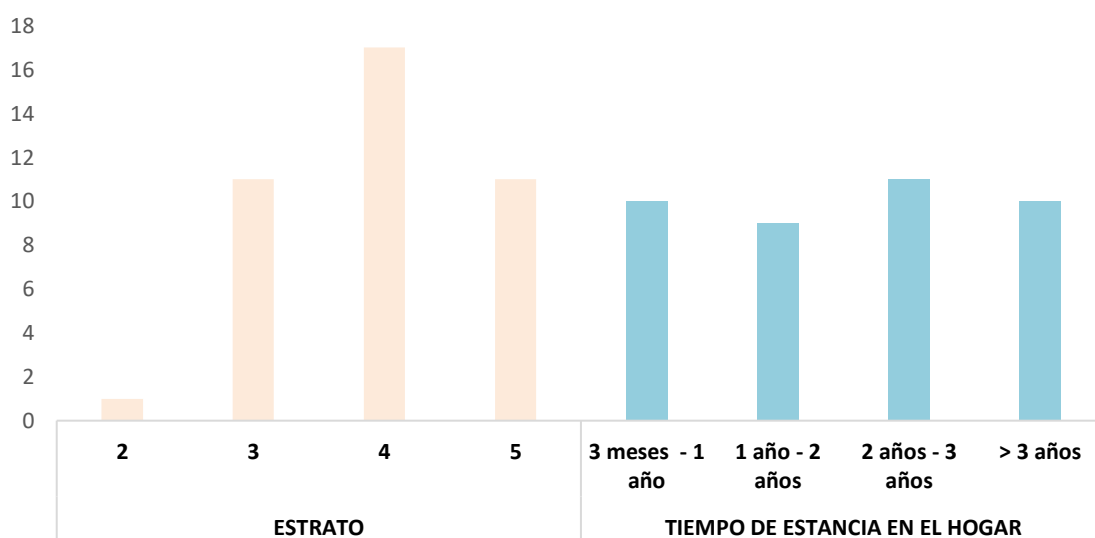


Ilustración 5 Estilos de vida de los pacientes y tiempo de estancia en la institución

Fuente: Ilustración propia.

7.3 Condiciones clínicas de los adultos mayores institucionalizados.

Dentro de las enfermedades prevalentes que se encontraron en esta población de la tercera edad, más de la mitad de los adultos mayores padecen de diabetes con un 35%, con enfermedades cardiovasculares un 12,5% la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en 17,5%.

Tabla 9 Condiciones Clínicas

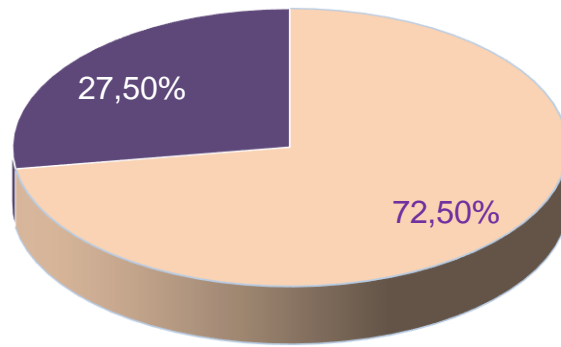
		Frecuencia	%
Padece de alguna enfermedad	Diabetes	14	35.0%
	EPOC	7	17.5%
	ERC	4	10.0%
	HTA	5	12.5%
	ICC	5	12.5%
	Reumatológicas	5	12.5%
Grado de Dependencia	Dependencia Leve	5	12.5%
	Dependencia Moderada	12	30.0%
	Dependencia severa	5	12.5%
	Independencia	18	45.0%
Escala de Independencia	No	22	55.0%
	Si	18	45.0%

Fuente *Elaboración propia*

Es importante también tener en cuenta el grado de dependencia ya que en este caso se utilizó la escala de Barthel la cual arrojó que de los 40 adultos mayores que hicieron parte del estudio, el 45% de los adultos mayores institucionalizados en la localidad de Usaquén tienen una funcionalidad física independiente, que no requieren ninguna ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria como desplazarse, bañarse, comer, vestirse, arreglarse, etc. Un 12.7% presentaron una funcionalidad física severa requiriendo ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

7.4 Niveles de ansiedad en la escala de Goldberg y la depresión en la escala de Yesavage de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.

Como resultado del segundo objetivo específico se evidencia que de los 40 adultos mayores institucionalizados 11 de ellos lo que equivale a un 27.5% padecen de ansiedad con puntuación mayor a 4, y 32 adultos mayores que equivale a un 80% padece de depresión leve con una puntuación de 6 a 9 y con una depresión establecida el 5%, lo que implica que uno de cada 20 adultos mayores requiere una atención especial ante este diagnóstico.



■ <4 No Ansiedad ■ >=4 Ansiedad

Ilustración 6 Ansiedad con escala Goldberg

Fuente: Ilustración propia.

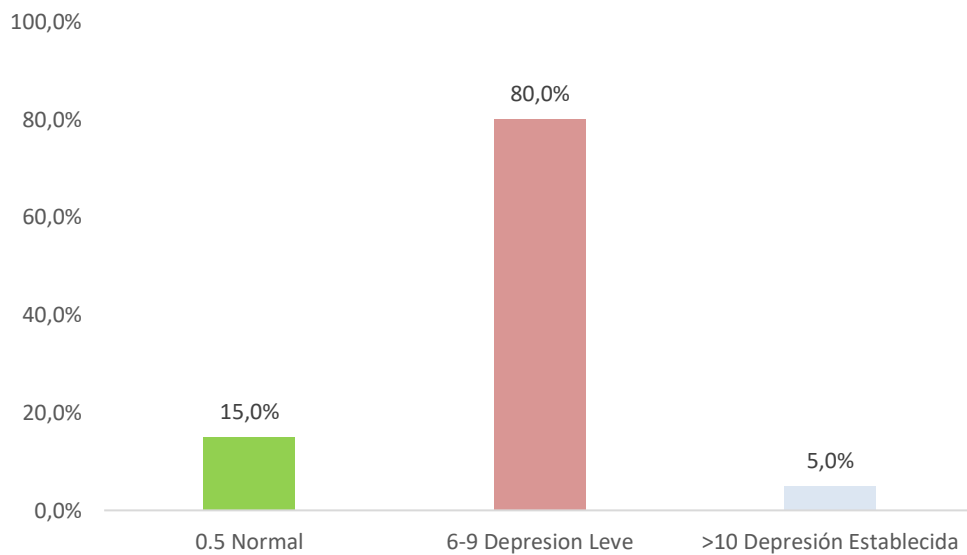


Ilustración 7 Depresión en escala Yesavage

Fuente: Ilustración propia.

7.5 Condiciones sociodemográficas asociadas a Depresión de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.

Como resultado de nuestro tercer objetivo se pudo evidenciar

- El ser mujer reduce la depresión en un 26% RP 0.74
- La edad menor de 75 años reduce la depresión en un 24% RP0.76
- El régimen contributivo aumenta el riesgo de padecer de Depresión.
- Para factores como vivir en pareja, raza se obtuvo un valor p no significativo.

Tabla 10 Condiciones sociodemográficas asociadas a Depresión

		Depresión		RP	IC 95%		Valor p
		Si	No		LI	LS	
Sexo	Femenino	73.9%	26.1%	0.74	0.58	0.94	0.0224
	Masculino	100.0%	0.0%				
Edad	Menor de 75 años	76.0%	24.0%	0.76	0.61	0.95	0.0396
	75 años y mas	100.0%	0.0%				
Vive en pareja	Si	100.0%	0.0%	1.25	1.05	1.49	0.1250
	No	80.0%	20.0%				
Raza	Mestizo	75.0%	25.0%	0.82	0.60	1.11	0.1481
	Blanco	91.7%	8.3%				
Seguridad social	Contributivo	100.0%	0.0%	2.20	1.15	4.20	0.0000
	Especial	45.5%	54.5%				

Fuente Elaboración propia

7.6 Condiciones sociodemográficas asociadas a Ansiedad de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.

En la siguiente tabla se puede visualizar que el valor de p no es significativo para ninguno de los factores por lo cual los factores sociodemográficos no presentan asociación con el riesgo de presentar ansiedad en adulto mayor institucionalizado.

Tabla 11 Condiciones sociodemográficas asociadas a Ansiedad

		Ansiedad		RP	IC 95%		Valor p
		Si	No		LI	LS	
Sexo	Femenino	26.1%	73.9%	0.89	0.32	2.43	0.8159
	Masculino	29.4%	70.6%				
Edad	Menor de 75 años	20.0%	80.0%	0.50	0.18	1.36	0.1702
	75 años y mas	40.0%	60.0%				
Vive en pareja	Si	30.0%	70.0%	1.13	0.37	3.44	0.8380
	No	26.7%	73.3%				
Raza	Mestizo	25.0%	75.0%	0.86	0.30	2.46	0.7725
	Blanco	29.2%	70.8%				
Seguridad social	Contributivo	34.5%	65.5%	3.79	0.55	26.26	0.1083
	Especial	9.1%	90.9%				

Fuente Elaboración propia

7.7 Condiciones clínicas asociadas a Depresión de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.

En 40 adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén el 82.1% que padecen enfermedades cardiovasculares (HTA, ERC, DM) tienen depresión, el 80.0% con enfermedades autoinmunes (AR) también son depresivos, todos los presentan enfermedades respiratorias (EPOC) son depresivos y el 77.8% que presentan algún grado de dependencia padecen igualmente depresión, sin embargo el valor de p no es significativo por lo anterior ni existe asociación en factores clínicos y depresión en adultos institucionalizados

Tabla 12 Condiciones clínicas asociadas a Depresión

		Depresión		RP	IC 95%		valor p
		Si	No		LI	LS	
Enfermedades cardiovasculares	Si	82.1%	17.9%	0.90	0.70	1.14	0.4395
	No	91.7%	8.3%				
Enfermedades autoinmunes	Si	80.0%	20.0%	0.93	0.59	1.48	0.7378
	No	85.7%	14.3%				
Enfermedades respiratorias	Si	100.0%	0.0%	40.00	0.00	0.00	0.2211
	No	81.8%	18.2%				
Escala de Independencia	Si	77.8%	22.2%	0.86	0.65	1.13	0.2472
	No	90.9%	9.1%				

Fuente Elaboración propia

7.8 Condiciones clínicas asociadas a Ansiedad de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.

En los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén el 42.9% que padecen enfermedades respiratorias también tienen ansiedad siendo este factor clínico el más alto a comparación de las otras condiciones clínicas, en la escala de independencia se encuentra un valor de p significativo donde se evidencia que el poder ser independiente físicamente si reduce la ansiedad.

Tabla 13 Condiciones clínicas asociadas a Ansiedad

		Ansiedad		RP	IC 95%		valor p
		Si	No		LI	LS	
Enfermedades cardiovasculares	Si	25.0%	75.0%	0.75	0.27	2.09	0.5886
	No	33.3%	66.7%				
Enfermedades autoinmunes	Si	20.0%	80.0%	0.70	0.11	4.36	0.6880
	No	28.6%	71.4%				
Enfermedades respiratorias	Si	42.9%	57.1%	1.77	0.62	5.04	0.3164
	No	24.2%	75.8%				
Escala de Independencia	Si	11.1%	88.9%	0.27	0.07	1.10	0.0358
	No	40.9%	59.1%				

Fuente Elaboración propia

7.9 Estilo de vida asociada a Ansiedad de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.

En el estilo de vida de los pacientes encuestados en los hogares institucionalizados en estrato medio-alto se puede evidenciar un 58.3% y los pacientes que llevan más de dos años de estancia en el hogar se evidencia un 38.1% de ansiedad, y el valor de p no es significativo por lo que no existe asociación en factores el estilo de vida y ansiedad en los adultos institucionalizados.

Tabla 14 Estilo de vida asociada a Ansiedad

		Ansiedad		RP	IC 95%		valor p
		Si	No		LI	LS	
Estrato medio-alto	Si	58.3%	41.7%	4.08	1.46	11.39	0.0042
	No	14.3%	85.7%				
Tiempo de estancia	< Dos años	15.8%	84.2%	0.41	0.13	1.34	0.1146
	>= Dos años	38.1%	61.9%				

Fuente Elaboración propia

7.10 Estilo de vida asociada a Depresión de los adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de la localidad de Usaquén.

En el estilo de vida de los pacientes encuestados en los hogares institucionalizados en estrato medio-alto se puede evidenciar un 100% y los pacientes que llevan más de dos años de estancia en el hogar se evidencia que la depresión se disminuye en un 31.6%.

Tabla 15 Estilo de vida asociada a Depresión

		Depresión		RP	IC 95%		valor p
		Si	No		LI	LS	
Estrato medio-alto	Si	100.0%	0.0%	1.273	1.049	1.544	0.082
	No	78.6%	21.4%				
Tiempo de estancia	< Dos años	68.4%	31.6%	0.684	0.504	0.929	0.005
	>= Dos años	100.0%	0.0%				

Fuente *Elaboración propia*

8 DISCUSIÓN

A lo largo de nuestra investigación encontramos diversos estudios realizados donde se evidencian resultados similares al nuestro, cabe mencionar que la población adulto mayor ha ido aumentando rápidamente a nivel mundial, cómo se habló inicialmente entre el año 2015 y 2050 estará en un rango entre 900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años, también se menciona que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer a tiempo para poder dar un buen manejo tanto de parte de la familia como de un profesional(34)

En los resultados obtenidos se pudo evidenciar que en los datos sociodemográficos de la presente investigación la población analizada se encuentra en edades entre 61 a 92 años, siendo el género femenino el predominante con un porcentaje de 57.57%(34).

A continuación, nombraremos algunos artículos de referencia, de los cuales encontramos datos puntuales y similares a nuestro trabajo.

En un estudio realizado por titulado “Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja principalmente a edades entre 65 a 74 años (53,6%) n=15, al género femenino (53,6%) (35).

En el artículo de Ortiz, Paula & Urrego, Juan Carlos (2015), titulado “Riesgo de depresión y riesgo de ansiedad en el adulto mayor residente en la zona suroeste del departamento de Antioquia año 2012”, encontraron que el 42,0% de los adultos mayores de la región del suroeste antioqueño están en riesgo de depresión IC 95% (37,0 – 46,0). Pero no encontraron diferencias por sexo (19).

En el siguiente artículo de Bustos, Luisa & Sánchez, Johanna. (2011) Titulado “Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar”.(23) Allí describen que en con la escala de depresión de Yesavage se encontró que el 89.9% de los adultos mayores no presenta depresión, el 8.5% presenta depresión leve y solo el 1,7% presenta depresión establecida, y el rango de edad que mayor disfunción familiar presenta es el de los adultos mayores comprendido en edades entre los 86 y 90 años (25%) y el que menor disfunción familiar presenta es el de 71 a 75 años (4,1%).(7).

El artículo de Rivera Navarro, J., Benito-León, J., & Pazzi Olazarán, K. A. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. menciona que la depresión es un trastorno cuya prevalencia asciende en aquellos que tienen más de 65 años, las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer síntomas depresivos y la mayoría de los adultos mayores presentan probable depresión(32).

Otro artículo es de Canto, Hugo & Castro E., titulado “Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo” donde menciona que, en el caso de los asilos, el 40% de la muestra mostró ansiedad ausente, el 46.6% ansiedad leve y el 13.3% ansiedad moderada. A diferencia de los asilos, en las estancias se encontró el 71.8% con ansiedad ausente, el 25% con ansiedad leve y el 3.1% con ansiedad moderada. Estas frecuencias de los niveles de ansiedad demuestran la alta probabilidad de que en los asilos los ancianos presenten síntomas ansiosos de manera significativa. (34)

Durante la investigación creíamos pensar que por ser adultos mayores de estrato 4 en su mayoría iban a tener mejor relación con su familiar, sin embargo, en nuestro estudio el 40% de la población adultos mayor del hogar geriátrico eran divorciados lo que hace pensar que el tener dinero no hace que ellos no puedan tener situaciones familiares como cualquier otra persona de otro estrato.

Muchos de los adultos mayores allí institucionalizados tomaron la decisión propia, nos comentaban que ellos mismos de su pensión o del dinero que recibían por arriendos de casa se pagan su mensualidad allí porque no querían ser carga para sus familiares, a pesar de ser personas con funcionalidad física independiente como lo vimos en el estudio, el 45% de ellos en la escala de Barthel dieron un puntaje de 90-100 lo cual los hace poder realizar sus actividades cotidianas sin necesitar a alguien.

En el presente estudio también se evidencia que de los 40 adultos mayores el 80% padece de depresión leve lo cual confirma nuestra hipótesis que si hay asociación entre depresión y factores sociodemográficos clínicos en de estilo de vida en adultos mayores institucionalizados.

Encontramos limitantes durante la realización del estudio como fueron la disponibilidad de los entrevistados dado que al llegar a los hogares geriátricos mucho no se mostraban abiertos para colaborar con la entrevista y otros por su estado neurológico o por su grado de discapacidad

Este estudio está acorde con las directrices nacionales e internacionales ya que permitió hacer un diagnóstico de los principales riesgos al estado de salud en el adulto mayor, donde las condiciones de un buen hogar geriátrico ayuda a que los adultos mayores logren enfrentar con mayor facilidad que en muchos casos el abandono de sus familiares y/o condiciones de salud que estén padeciendo en el momento , este trabajo tiene mayor énfasis en su estado de ánimo para encontrar si esta población tiene mayor riesgo de padecer ansiedad y depresión por encontrarse en un hogar geriátrico ya que todas las personas experimentan en algún momento de la vida tensión y estrés, situación que provoca la disminución en el control de sentimientos, ideas y conductas que deterioran su estado de ánimo y que podrían llevarlo al padecimiento de enfermedades físicas, mentales y limitar su funcionalidad.

9 CONCLUSIONES

Con un total de 40 adultos mayores encuestados, de estos en su mayoría (57%) son de sexo femenino, la edad de esta población está entre 61 y 92 años con un promedio de 73 años

Con base en los resultados obtenidos de las escalas de Yesavage y Goldberg se pudo determinar que ser mujer reduce la depresión, que el vivir en pareja, la raza y seguridad social no existen niveles asociadas a depresión y ansiedad, como tampoco lo hay en las condiciones clínicas, donde si podemos ver muy asociado la ansiedad y depresión es en la edad, en el sexo y seguridad social con niveles de significancia altos.

La asociación entre ansiedad y los antecedentes clínicos no hay asociación significativa, mientras que encontramos que cuando hay menos grado de dependencia disminuye en un 88.9% la ansiedad el adulto mayor.

Es necesario implementar estrategias que disminuyan los riesgos asociados al desarrollo de estos trastornos psiquiátricos. Del mismo modo queremos destacar que los instrumentos utilizados dentro de esta investigación cumplen con la validez y confiabilidad.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. 2017 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
2. Cano Romero JF, Gomez Restrepo C, Rondon M. Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). 2016 [citado el 21 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/27182>
3. OMS. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. 2017 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
4. OMS, Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental [Internet]. 2023 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
5. Ortiz Salazar PA, Urrego Amaya JC. Riesgo de depresión y riesgo de ansiedad en el adulto mayor residente en la zona suroeste del Departamento de Antioquia año 2012. [Internet]. Universidad CES; 2016 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/1747>
6. Melipillán Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Valdivia Peralta M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Ter Psicológica*. julio de 2008;26(1):59–69.
7. Bustos Angulo LF, Sánchez Londoño JP. Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar [Internet] [Proyecto de grado]. Universidad de La Sabana; 2011. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/2082>
8. Beck A, Steer R, Brown G. Inventario de depresión de beck [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf
9. OMS. Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) [Internet]. 2019 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
10. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales [Internet]. OPS; 2017 mar. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
11. Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depresión en ancianos. *Rev Fac Med* [Internet]. 2009;57(4). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363912007.pdf>

12. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered.* julio de 2018;29(3):182–91.
13. DANE. Adulto mayor características generales [Internet]. Departamento administrativo nacional de estadística; 2021. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
14. Ministerio de salud y protección social. Boletín de salud mental depresión subdirección de enfermedades no transmisibles [Internet]. Ministerio de salud y protección social.; 2017 mar. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
15. OMS. Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) [Internet]. 2019 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
16. Cubillos Álzate JC, Matamoros Cárdenas M, Perea Caro SA. Boletines poblacionales 1 : personas adultas mayores de 60 años oficina de promoción social [Internet]. Ministerio de salud y protección social.; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>
17. Buitrago Bonilla LM, Córdón Espinosa L. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar de una institución geriátrica del municipio de facatativá [Internet]. Universidad de Cundinamarca; 2017 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/handle/20.500.12558/561>
18. Henao Franco FX, Tirado Álvarez V del C. Calidad de vida del adulto mayor, hogar geriátrico vs asilo de anciano [Internet]. Politécnico Gran Colombiano; 2018 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/1399>
19. Ortiz Salazar PA, Urrego Amaya JC. Riesgo de depresión y riesgo de ansiedad en el adulto mayor residente en la zona suroeste del Departamento de Antioquia año 2012. [Internet]. Universidad CES; 2016 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/1747>
20. Borda Pérez M de los A, Anaya Torres MP, Pertúz Rebolledo MM, Romero de León L, Suárez García A, Suárez García A. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Rev Científica Salud Uninorte* [Internet]. el 8 de abril de 2013 [citado el 21 de noviembre de 2023];29(1). Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/3397>
21. Chacón Delgado E, De la Cera DX, Fernández Lara M, Murillo Arias R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Rev Cúpula.* 2021;35(1):23–36.

22. Personal clinica. Mayo Clinic. 2022 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Depresión (trastorno depresivo mayor) - Síntomas y causas. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO international. 2023. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
24. Ministerio de salud y protección social. Envejecimiento y Vejez [Internet]. 2023 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
25. OMS, Organización Panamericana de la Salud. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado el 21 de noviembre de 2023]. “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
26. Beck A, Steer R, Brown G. Inventario de depresión de beck [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf
27. www.ilogica.cl I. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar [Internet]. Escuela de Medicina. 2023 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/depresion-en-adultos-mayores-una-mirada-desde-la-medicina-familiar/>
28. Coryell W. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Tratamiento farmacológico de la depresión - Trastornos psiquiátricos. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-la-depresi%C3%B3n>
29. Coryell W. Manual MSD versión para profesionales. 2021 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Tratamiento farmacológico de la depresión - Trastornos psiquiátricos. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-la-depresi%C3%B3n>
30. Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de la ansiedad generalizada [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GRR_0.pdf
31. Aesthesis Psicólogos Madrid. Aesthesis Psicologos Madrid. 2016 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Ansiedad en la vejez. Disponible en: <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/ansiedad-en-la-vejez/>

32. Brüning I. K, Mora M. I. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/depresion-en-adultos-mayores-una-mirada-desde-la-medicina-familiar/>
33. Coryell W. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado el 21 de noviembre de 2023]. Tratamiento farmacológico de la depresión - Trastornos psiquiátricos. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-la-depresi%C3%B3n>
34. Canto Pech HG, Castro Rena EK. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. Enseñ E Investig En Psicol. 2004;9(2):257–70.
35. presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf [Internet]. [citado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>

11 ANEXOS

Anexo 1. Apgar Familiar

Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
¿Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas?					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: rabia, tristeza, amor, etc					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios de la casa					
3. El dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
¿Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos?					

Anexo 2. Escala Barthel

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Anexo 3. Escala Yesavage

Pregunta a realizar	Si	No
¿Estas básicamente satisfecho con su vida?		
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?		
¿Siente que su vida está vacía?		
¿Se encuentra a menudo aburrido?		
¿Se encuentra alegre y optimista? ¿Con buen ánimo casi todo el tiempo?		
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?		
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?		
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?		
¿Cree que es agradable estar vivo?		
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?		
¿Se siente lleno de energía?		
¿Siente que su situación es angustiosa desesperada?		
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?		

Anexo 4. Subescala Goldberg

Pregunta a realizar	Si	No
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
¿Se ha sentido con poca energía?		