

## Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores

### Prevalence of depression and risk factors associated to cognitive impairment in elderly

Mónica Valdés King, José Alberto González Cáceres, Mansur Salisu Abdulkadir

Policlínico Universitario "Héroes de Girón". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el deterioro cognitivo en los adultos mayores constituye un problema de salud que afecta todas las esferas de sus vidas.

**Objetivo:** determinar la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal. Universo constituido por 48 adultos mayores parcialmente institucionalizados en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley". Muestra representada por 20 adultos mayores parcialmente institucionalizados atendidos en la consulta de psico-geriatria en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley", a través de visitas semanales en el período comprendido del primero de Enero hasta el 31 de marzo de 2016, seleccionados al azar teniendo en cuenta el único criterio de participación voluntaria en la investigación.

A los pacientes se les aplicó el método clínico, entrevista semiestructurada. Encuesta para la pesquisa de depresión mediante tres preguntas orales (EPD-3PO), versión abreviada española de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (15 preguntas). Mini-examen del estado mental de Folstein (M.M.S.E).

**Resultados:** se obtuvo que el 60 % de los pacientes presentaron depresión y el 95 % enfermedades crónicas no transmisibles, como principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo.

**Conclusiones:** la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen los principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores.

**Palabras clave:** deterioro cognitivo en adultos mayores; depresión; factores de riesgo.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Cognitive impairment in elderly constitutes a problem of health that affects all the spheres of this people's life.

**Objective:** To determine the prevalence of depression and risk factors associated to cognitive impairment in elderly.

**Methods:** It was carried out a descriptive cross-sectional study. Universe: constitutes by 48 partially institutionalised elders of the Elderly's House of the Municipality of Cerro "Celia Sánchez Manduley". Sample: represented by 20 partially institutionalised attended elders in the Elderly's House of the Municipality of Cerro "Celia Sánchez Manduley" in the weekly psychogeriatric evaluation from January 1<sup>st</sup> until March 31<sup>st</sup> 2016. The only selection criteria was the patients' will to participate in the research. To the patients applied them the clinical method, semi-structural interview. Three verbally asked questions (EPD-3PO), Spanish short version of Yesavage geriatric depression scale (15 questions). Mini-exam of the mental state of Folstein (M.M.S.E).

**Results:** The study showed that 60 % of the patients had depression and 95 % had chronic diseases as main risk factors associated to cognitive impairment.

**Conclusions:** depression and chronic diseases constitute the main risk factors associated to cognitive impairment in elderly.

**Keywords:** cognitive impairment in elderly, depression, risk factors.

---

## INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países del mundo se asiste a un creciente número de la población adulta mayor. Se espera para el 2050 una cifra de 2 000 millones de personas mayores de 60 años y 400 millones mayores de 80 años. Estos cambios demográficos se sucederán fundamentalmente en países de bajos y medianos ingresos.<sup>1</sup>

En los países occidentales la esperanza de vida entre 1981 y 2011 aumentó a 8 años para los hombres y a 6,5 años para las mujeres. En el 2012 en Francia, se estimó una esperanza de vida al nacer de 84,8 años para las mujeres y 78,4 años para los hombres. La proporción de sujetos de más de 75 años puede alcanzar el 12,3 % de la población en el 2030 y el 16,2 % en el 2060. Esta evolución demográfica tiene múltiples implicaciones médicas, sociales y económicas.

El aumento de la esperanza de vida se acompaña de un incremento de la prevalencia de enfermedades asociadas a la edad. Paralelamente, los profesionales de la salud atienden a pacientes con enfermedades crónicas que con el paso de los años se presentan con particularidades clínicas llamadas atipicidades y requieren de adaptaciones terapéuticas específicas.<sup>2</sup>

---

El deterioro cognitivo es considerado un importante problema de salud a nivel mundial, el cual se ha convertido en una de las principales demandas de atención médica en los adultos mayores.<sup>3</sup>

Con el envejecimiento se puede observar cierta pérdida de la memoria para los acontecimientos recientes que puede ser de carácter benigno (olvidos benignos de la senectud) y no debe interpretarse como un proceso demencial. Según el concepto que se utilice de inteligencia, la definición del deterioro intelectual es variable. Si preconizamos el concepto de deterioro como un síndrome, la definición sería: "Conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social". Es necesario considerar que el deterioro cognitivo se refiere a un estadio intermedio entre normalidad y demencia, principalmente Enfermedad de Alzheimer (EA). Se han propuesto tres tipos: deterioro cognitivo leve (DCL), amnésico, difuso, focal no amnésico; deterioro cognitivo moderado (DCM), deterioro cognitivo severo (DCS).<sup>4</sup>

La evaluación de la salud mental en los adultos mayores ha presentado desde hace muchos años deficiencias. Los conocimientos actuales reposan esencialmente sobre estudios epidemiológicos transversales que muestran una fuerte prevalencia de trastornos psíquicos, en particular de trastornos depresivos.<sup>2</sup>

Estudios internacionales muestran que la prevalencia de depresión en el anciano que vive en la comunidad se sitúa de un 10,0 % a un 14,0 %.<sup>5</sup>

En Francia, *Préville* observó en 2 798 adultos mayores de 65 años y más no institucionalizados una prevalencia puntual de al menos un trastorno psiquiátrico asociado a deterioro cognitivo en 12,7 % y episodio depresivo mayor en 1,1 %. *Ritchie* encontró en 1 873 sujetos de 65 años y más no institucionalizados una prevalencia de trastornos de ansiedad de 14,2 %, episodio depresivo mayor 3 % y trastornos psicóticos 1,7 %. Según un estudio australiano, el 24,6 % de los sujetos con deterioro cognitivo presentan trastorno depresivo mayor y representan más de la mitad de los pacientes adultos mayores hospitalizados en servicios de larga estadía.<sup>2</sup>

En nuestro país, las investigaciones realizadas con respecto a deterioro cognitivo han mostrado cifras de prevalencia en la comunidad de 7,76 a 16,5 % en edades superiores a los 65 años, de ahí la importancia que adquiere esta afección con el aumento de la expectativa de vida en Cuba, que ya supera los 75 años de edad.<sup>6</sup>

## MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. El universo, constituido por 48 adultos mayores parcialmente institucionalizados, pues permanecían 8 horas diarias cinco días a la semana en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley".

La muestra quedó representada por 20 adultos mayores parcialmente institucionalizados, atendidos en la consulta de psico-geriatria en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley", a través de visitas semanales en el período comprendido del primero de Enero hasta el 31 de Marzo de 2016, seleccionados al azar teniendo en cuenta el único criterio de participación voluntaria en la investigación.

Las variables de estudio fueron:

- Enfermedades crónicas: se evaluaron a través de los antecedentes patológicos personales recogidos en las historias clínicas de todos los casos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, parkinson, osteoartritis, angiopatía periférica, enfermedad tiroidea, insuficiencia renal, hepatopatía).

- La evaluación psicopatológica: fue realizada mediante entrevista semi-estructurada y examen psiquiátrico. La sintomatología afectiva (depresiva, ansiosa mixta) se registró acorde a los criterios clínicos y diagnósticos de la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), 5<sup>ta</sup> Revisión (DSM-V).<sup>7</sup>

Se aplicó una encuesta para la pesquisa de depresión en pacientes adultos mayores de la comunidad, mediante tres preguntas orales (EPD-3PO).<sup>8</sup> El test EPD-3PO es un test sencillo de realizar que consta de tres preguntas que abordan estados anímicos del paciente en el último mes. Considerando como positiva la pesquisa, ante una respuesta afirmativa de cualquiera de las tres preguntas de la escala.

La versión abreviada española de la *escala de depresión geriátrica de Yesavage* con quince preguntas (Anexo 1).<sup>9</sup> Es la prueba Estándar de Oro (Gold Standard) utilizada para detectar elementos depresivos en el adulto mayor, siendo esta la escala recomendada por la Sociedad de Geriatria de Gran Bretaña para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida. Se considera positiva con más de cinco respuestas indicativas de depresión.

Mini-examen del estado mental de Folstein (M.M.S.E) (Anexo 2).<sup>10</sup> Es una herramienta de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo. Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba. Se considera sin deterioro cognoscitivo (24-30), ligero deterioro cognoscitivo (17-23), moderado deterioro cognoscitivo (10-17), severo deterioro cognoscitivo (menos de 10).

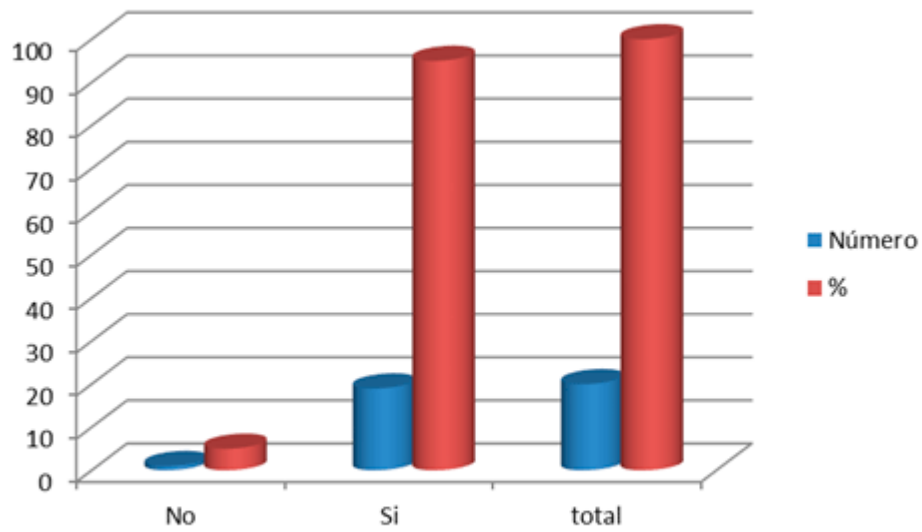
Los datos fueron llevados a una base de datos de Microsoft Excel, SPSS versión 11,5. Se confeccionaron tablas y gráficos para ilustrar los resultados, su análisis y discusión.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.<sup>11</sup>

A cada una de las personas evaluadas se le tomó el consentimiento informado verbal y escrito, en los casos correspondientes a los pacientes que no poseían la capacidad mental para decidir su participación, se adquirió el consentimiento de un familiar o tutor legalmente autorizado.

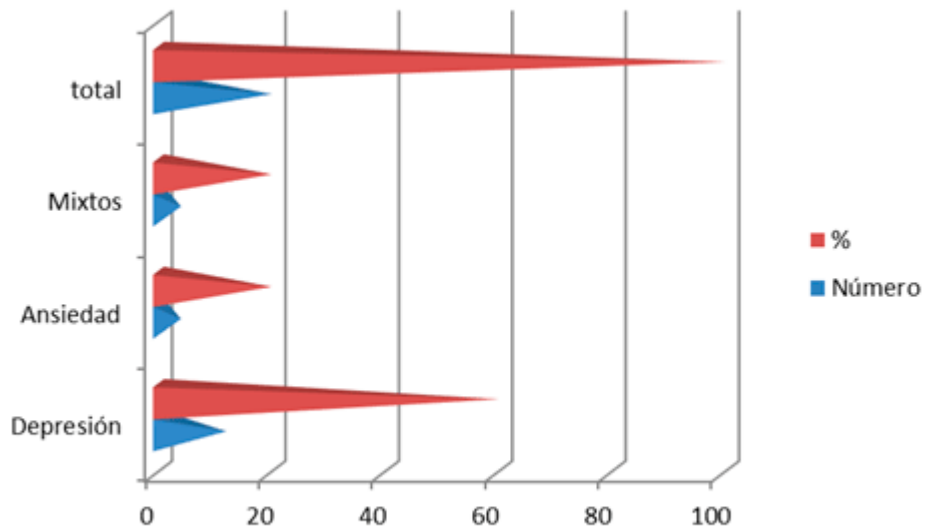
## RESULTADOS

La figura 1 muestra la distribución porcentual de pacientes según enfermedades crónicas no transmisibles, en la cual se constata que las mismas exhiben un marcado predominio, presente en 95 % de los pacientes examinados.



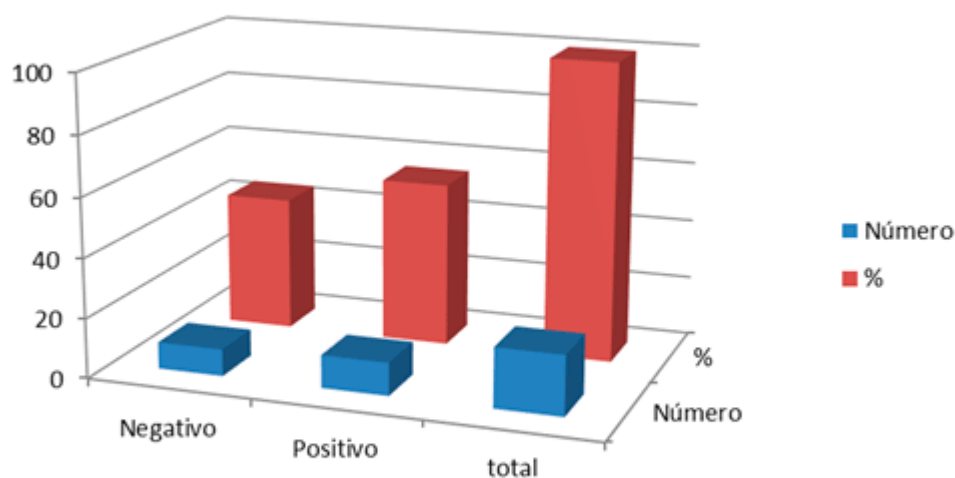
**Fig. 1.** Distribución porcentual de pacientes según enfermedades crónicas.

La [figura 2](#) exhibe la distribución porcentual de pacientes según síntomas psicológicos, en el cual se constata que la depresión predomina, con 60 %.



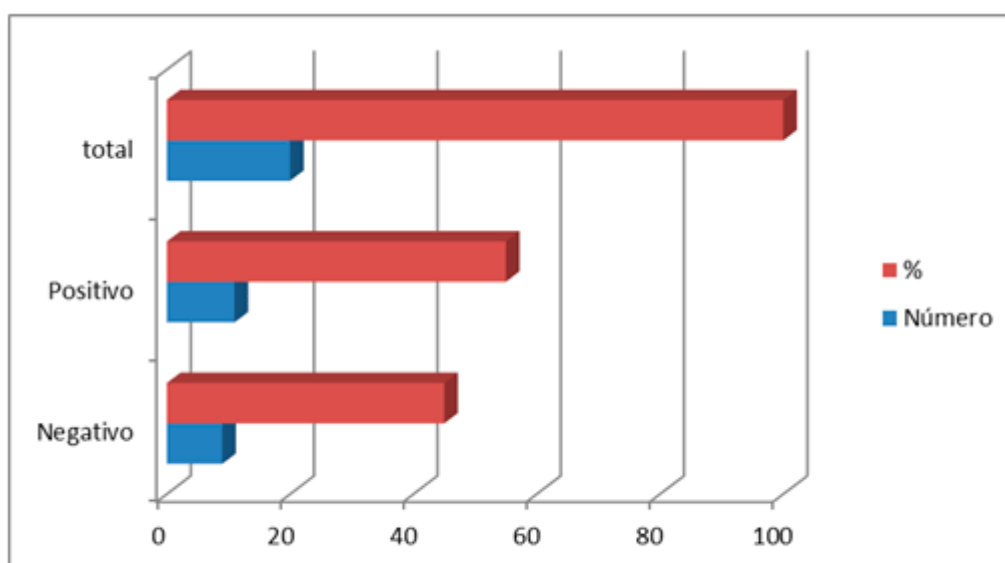
**Fig. 2.** Distribución porcentual de pacientes según síntomas psicológicos.

La [figura 3](#) muestra la distribución de pacientes según EPD-3PO, en la cual se evidencia que los elementos depresivos prevalecen, con 55 %.



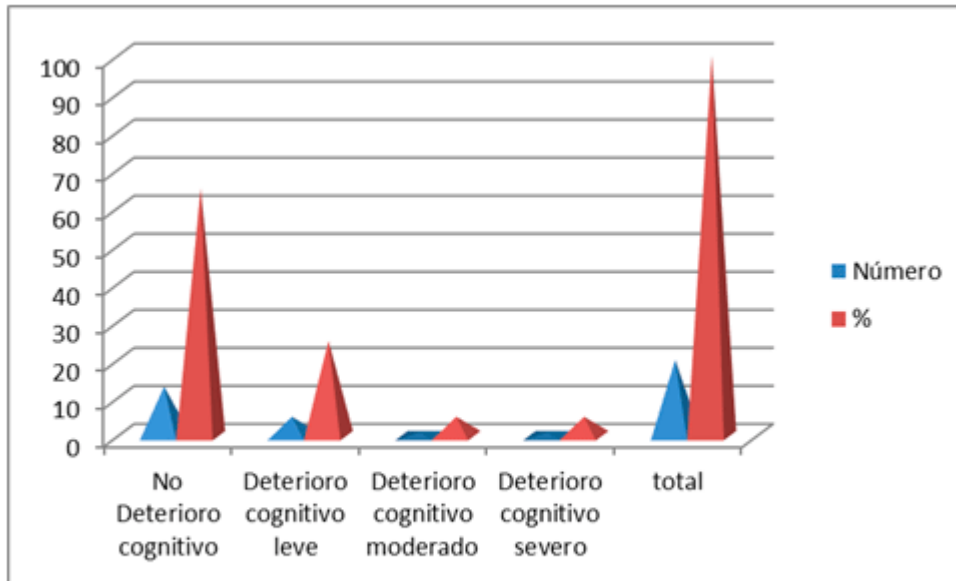
**Fig. 3.** Distribución de pacientes según EPD-3PO.

La [figura 4](#) exhibe la distribución de pacientes según escala de Yesavage, la cual muestra que la sintomatología depresiva predomina, con 55 %.



**Fig. 4.** Distribución de pacientes según escala de Yesavage.

La [figura 5](#) exhibe la distribución porcentual de pacientes según Mini-examen del estado mental, en el cual se constata que la ausencia de deterioro cognitivo prevalece, con 65 %.



**Fig. 5.** Distribución porcentual de pacientes según Mini-examen del estado mental.

## DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.<sup>12</sup>

En el contexto cubano el proceso de la senectud asiste a modificaciones, y encontramos contradicciones antagónicas, pese a la presencia de programas que reducen la soledad en la vejez y protegen a la mujer y a los mayores. Con predominio de medio familiar pluri-generacional, percepción errónea del anciano desde sus déficits y no desde sus potencialidades, experiencia acumulada y sabiduría. Así como adultos mayores solos o reclusos en instituciones, privados en muchas ocasiones de su autonomía bajo el discurso de "cuidado y protección", con alto riesgo de quedar invisibilizados sus deseos, necesidades, motivaciones. Se plantea que la depresión en el adulto mayor es común y responde al tratamiento. Se debe mantener índice de sospecha alta frente a síndromes somatiformes e hipocondría. Considerarla en presencia de deterioro de funciones mentales superiores.<sup>13</sup>

Se afirma que varios son los instrumentos psicométricos (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS), Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde, Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Patient Health Questionnaire (PHQ), y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage) utilizados para apoyarse en el diagnóstico y contribuyen a observar la evolución y la respuesta terapéutica. Muchos de los cuales presentan una insuficiente validación en el anciano de la comunidad. A otros se les atribuye, una excesiva complejidad y larga duración que agota e impacienta al adulto mayor. A pesar de que solo el 28,7 % de los psiquiatras no encuentra ninguna dificultad para diagnosticarla sin problemas; número que desciende al 9,5 % en médicos generales. Ambos, curiosamente, utilizan muy poco las escalas psicométricas y los cuestionarios de diagnóstico, basando, mayoritariamente, sus detecciones en la entrevista y el estudio de la sintomatología.<sup>8</sup>

En nuestro medio la prevalencia de depresión en el adulto mayor de la comunidad es de 17,6 % lo cual permite identificar un grupo de riesgo, que requerirá especial atención.<sup>13</sup> La misma debe ser coordinada y conducida desde los centros de atención primaria, por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud entrenados, sensibles y comprometidos con los nuevos retos y problemáticas de la ancianidad en Cuba. Los resultados de este estudio muestran un predominio de la sintomatología depresiva en adultos mayores parcialmente institucionalizados que provienen de la comunidad, y en cierta medida este hallazgo resulta algo paradójico pues el objetivo principal de esta modalidad de institucionalización es proporcionarles compañía mitigando la soledad, actividades con estimulación neurocognitiva que a su vez inciden en la respuesta afectiva del anciano. El componente fundamental sería entonces la posibilidad de socializar y de canalizar preocupaciones comunes dentro de un mismo grupo generacional.

Los países de la región latinoamericana muestran diferencias importantes en sus tasas de prevalencia, obedeciendo a múltiples factores, cabe destacarse el contexto socioeconómico, acceso a servicios de atención psico-geriátrica. Cuba, México y Chile refieren prevalencias entre 9,2-11,2 %. En el caso de Cuba, estas tasas obedecen a la inclusión del Programa de atención al adulto mayor dentro de la agenda de programas priorizados de la atención primaria de salud, en estrecha vinculación con los restantes niveles de atención. En Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2012), utilizando la escala autoaplicada de Zung, estimó una prevalencia de 9,5 %. Brasil describe una prevalencia de 19,2 %.<sup>14</sup>

Con relación a las enfermedades crónicas, en Uruguay la depresión tiene una prevalencia de 25 % en la población con insuficiencia cardíaca (IC) que puede ascender al 50 % en etapas muy avanzadas. La depresión influye negativamente en el pronóstico de la IC. Por otra parte el diagnóstico de depresión es difícil en los pacientes con IC por el solapamiento de síntomas de ambas entidades. En ese sentido idealmente, la detección de depresión se debe valer de instrumentos que eviten la confusión de síntomas y signos de la enfermedad médica con el estado depresivo. Si bien, los mismos ayudan a la especificidad en el diagnóstico, estos adolecen de poca aplicabilidad en la práctica diaria de los médicos que no están en el área de la salud mental.<sup>15</sup> Cuando las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las tres principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestra región, los síntomas depresivos entonces se deberán sospechar, estudiar y manejar adecuadamente acorde a las guías terapéuticas existentes, en todos los adultos mayores con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Por su parte en Chile, en pacientes geriátricos hospitalizados frecuentemente la depresión es subdiagnosticada, ya que en varias ocasiones, los síntomas depresivos se presentan de forma atípica o simplemente no son indagados por entenderse como un proceso natural del envejecimiento. En adultos mayores con insuficiencia cardíaca y depresión como factor de riesgo asociado a deterioro cognitivo, se destaca la polifarmacia presente en un 78,37 %.<sup>16</sup> Cuando lo más común es encontrar uso habitual de 3-6 medicamentos como mínimo en adultos mayores con enfermedades crónicas y si en este particular le sumamos la carga terapéutica hospitalaria ante la descompensación de enfermedades crónicas, en múltiples ocasiones los pacientes adultos mayores y sus historias clínicas impresionan verdaderos dispensarios.

En Colombia, aparece una multiplicidad de criterios interesantes que enriquecen la temática. Se plantea que en Medellín los adultos hipertensos tuvieron un menor porcentaje de síntomas de depresión. Situación similar se halló en los adultos que manifestaron tener problemas del corazón y en los huesos.<sup>17</sup> Se discrepa con estas conclusiones acorde a los resultados obtenidos en este estudio, debido a que precisamente son las enfermedades cardiovasculares y osteomioarticulares las de



mayor prevalencia en la población adulta mayor y constituyen un factor de alto riesgo para la categoría de "anciano frágil", asociado a la sobremedicación. En los adultos que padecían problemas nerviosos y los que eran dependientes para realizar sus actividades cotidianas, la prevalencia de síntomas depresivos fue superior; al igual que en los que habían sufrido estrés o una enfermedad aguda, y los que presentaban posible malnutrición. El hecho de tener riesgo de ansiedad mostró prevalencias más elevadas de síntomas de depresión moderada y severa, en comparación con los adultos sin este riesgo.<sup>18</sup> Se concuerda con este autor cuando plantea la relación entre riesgo de ansiedad y prevalencia de depresión. En el estudio conducido en la casa de abuelos "Celia Sánchez" la ansiedad ocupó la segunda sintomatología afectiva en importancia, luego los cuadros mixtos de depresión y ansiedad. En la práctica clínica los cuadros claramente definidos son más difíciles de diagnosticar en este grupo etario por la atipicidad de los mismos, en este sentido podemos encontrar las llamadas "depresiones agitadas" o "depresiones ansiosas". En Barranquilla, la depresión está en un tercio de la población institucionalizada. Se destacan como factores de riesgo la hipotensión arterial, presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos, la polifarmacia, el tipo de hogar de ancianos (hogares geriátricos públicos).<sup>19</sup> En Bogotá, la prevalencia de depresión en un grupo de personas mayores de la comunidad es más alta que lo descrito previamente en Colombia y por la OMS. Se encuentra una prevalencia de depresión de 18,6 %. Por otra parte, se enfatiza en la relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año.<sup>14</sup> En este sentido estas consideraciones tienen puntos en común con los resultados obtenidos en esta investigación, a partir de su realización en poblaciones de las capitales; lo que reafirma el hecho de que la urbanización constituye un factor predisponente para la depresión.

En México se obtiene un 40,1 % de adultos mayores institucionalizados sin depresión, así como un 58,3 % con función cognitiva íntegra. Correlación negativa entre depresión y función cognitiva.<sup>20</sup> Se concuerda con esta afirmación, dado que en nuestro medio se realiza la valoración psicológica a todo el adulto mayor previo a su inserción en la institución, lo que permite la evaluación especializada de la esfera cognitiva. Aquí deben tenerse en cuenta los casos de "pseudodemencia" frecuente entre los cuadros depresivos que aparecen en la senectud.

En España, se resalta que la prevalencia de trastorno depresivo mayor se sitúa entre el 1,0 y 6,0 %, la distimia entre el 3,0 y 20,0 %, los trastornos adaptativos aparecen hasta en el 30,0 % de los ancianos y los trastornos mixtos ansiedad-depresión pueden llegar hasta casi el 13,0 %. Se concuerda con estos resultados cuando se destaca que la institucionalización en residencias se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos, fundamentalmente por privación familiar del adulto mayor, y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso.<sup>5</sup>

En Estados Unidos se estima una prevalencia de 5,0 %. En China es de 1,5 % a 2,9 %. En Australia la depresión en mayores varió del 1,1 % al 34 % en pocos años de seguimiento.<sup>14</sup> Sudáfrica, con una prevalencia de 4 %.<sup>21</sup> En el Reino de Arabia Saudita es de 17- 46 %.<sup>22</sup>

El envejecimiento poblacional no debe medicalizarse per se, así como psiquiatrizar los cambios afectivos que pueden aparecer en este período de la vida. Acorde a los anteriores resultados obtenidos en países industrializados, con servicios médicos públicos y privados, se muestra que la problemática de la atención al adulto mayor debe reorientarse hacia la comunidad y la familia; y no hacia el aislamiento de sujetos

que son interpretados como no productivos para sociedades altamente competitivas, de consumo, con un modo de vida diseñado más a lo individual que a lo colectivo.

En conclusión, la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen los principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen. Früherkennung & Vorsorge. 2016 [cited 15 Jun 2016]; 17(1): 3-9. Disponible en: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/frueherkennung-und-vorsorge/aeltere-menschen.html>
2. Limosin F, Schuster JP. Troubles psychiatriques du sujet âgé: données épidémiologiques et morbi-mortalité associée. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2013 [cited 2 Feb 2016]; 11(2): 3-7. Disponible en: <http://www.jle.com/download/gpn-297057-troubles-psychiatriques-du-sujet-age-donnees-epidemiologiques-et-morbi-mortalite-associee.pdf>
3. Estrada A. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica. 2013 [citado 4 Feb 2016]; 12(1): 81-94. Disponible en: <http://www.revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/.../3965>
4. Robles A. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la Enfermedad de Alzheimer (EA). Rev Cubana de Neurología. 2002 [citado 22 Feb 2015]; 22(3): 3-9. Disponible en: [http://www.scial.sld.cu/documentos\\_pdf/Criterios%20para%20MCI,%20Dem..%20y%20E.A..pdf](http://www.scial.sld.cu/documentos_pdf/Criterios%20para%20MCI,%20Dem..%20y%20E.A..pdf)
5. Trigo JAL. Depresión en el paciente anciano. Centro Municipal de la Tercera Edad. Área de Bienestar Social, Ayuntamiento de Málaga, España. 2013 [citado 28 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/salud013.pdf>.
6. Pérez Martínez V T. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cubana de Medicina General Integral. 2005 [citado 29 Mar 2015]; 25(5): 5-11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es).
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). 5<sup>th</sup> ed. Washington DC.: American Psychiatric Association; 2015.

8. González Cáceres JA, Juvier Riesgo T. Validación de la Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales (EPD-3PO), en la detección de depresión en pacientes ancianos. Rev Psicología.com. 2010 [citado 30 Mar 2015]; 14(3): 3-13. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/index>
9. Yesavage JA. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. Psychiatr Res. 1982-1983 [citado 2 Abr 2015]; 17(1): 37-49. Disponible en: [http://www.patient.info/doctor/geriatric\\_depression\\_scale\\_gds](http://www.patient.info/doctor/geriatric_depression_scale_gds)
10. Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. "MiniMental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. Journal of Psychiatric Research. [revista en Internet] 1975 [citado 1 Abr 2015]; 12(3): 189-98. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>
11. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 7<sup>ma</sup> ed. Fortaleza, Brasil: AMM; 2013.
12. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349(9064): 1498-504.
13. Roca Socarrás AC. Manejo de la depresión en adultos mayores en la atención primaria de salud. Correo Científico Médico de Holguín. 2007 [citado 1 Ene 2016]; 11(4): 2-12. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/n0114sp/ns114rev6.htm>
14. Sánchez I, Castañeda H. Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva. Geroinfo. 2008 [citado 5 Ene 2016]; 3(3): 2-10. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/articulo\\_depresion.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/articulo_depresion.pdf)
15. Salazar AM. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurológica Colombiana. 2015 [citado 2 Feb 2016]; 31(2): 176-183. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>
16. Álvarez Rocha P. Utilidad de una encuesta rápida para pesquisa de depresión (EPD.3PO) en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Insuf. card. 2013 [citado 10 Ene 2016]; 8(4): 2-5. Disponible en: [http://www.insuficienciacardiaca.org/pdf/v8n4\\_13/v8n4a04.pdf](http://www.insuficienciacardiaca.org/pdf/v8n4_13/v8n4a04.pdf)
17. Friedrich von Mühlenbrock S. 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 [citado 20 Ene 2016]; 49(4): 331-7. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0717](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717)
18. Estrada Restrepo A. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica. 2013 [citado 25 Ene 2016]; 12(1): 81-94. Disponible en: <http://www.revistas.javeriana.edu.co/index.php/rev/Psycho/article/.../3965>
19. Borda Pérez M. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Salud Uninorte. 2013 [citado 30 Ene 2016]; 29(1): 64-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81728689008>

20. Durán-Badillo T. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enfermería Universitaria. 2013 [citado 13 Feb 2016]; 10(2): 36-42. Disponible en: [http://www.index-f.com/reu/10/sumario\\_2.php](http://www.index-f.com/reu/10/sumario_2.php)

21. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. Global Health Action. 2013 [citado 15 Feb 2016]; 6. Disponible en: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/18871>

22. Al-Qadhi W, ur Rahwan S, Ferwana MS, Abulmajeed IA. Adult depression screening in Saudi primary care: prevalence, instrument and cost. Biomed Central Psychiatry. 2014 [citado 25 Feb 2016]; 14: 190. Disponible en: <http://download.springer.com/static/pdf/22/art>

Recibido: 2017-01-12.  
Aprobado: 2017-03-05.

*Mónica Valdés King*. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría y en Medicina General Integral. Diplomado en Demencia. Instructora de la Facultad Salvador Allende. Centro Comunitario de Salud Mental del Cerro.

Dirección electrónica: [monicav@infomed.sld.cu](mailto:monicav@infomed.sld.cu); [mvaldesking@gmail.com](mailto:mvaldesking@gmail.com)

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Escala de depresión geriátrica de Yesavage, versión abreviada española:

Conteste a las siguientes preguntas, encerrando en un círculo según corresponda, sin meditar demasiado sus respuestas:

- 1) ¿En general, está satisfecho con su vida? SI NO
- 2) ¿Ha abandonado mucho sus tareas habituales y aficiones? SI NO
- 3) ¿Siente que su vida está vacía? SI NO
- 4) ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? SI NO
- 5) ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? SI NO

- 6) ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? SI NO
- 7) ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI NO
- 8) ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a? SI NO
- 9) ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? SI NO
- 10) ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente? SI NO
- 11) ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo? SI NO
- 12) ¿Actualmente se siente un/una inútil? SI NO
- 13) ¿Se siente lleno/a de energía? SI NO
- 14) ¿Se siente sin energía en estos momentos? SI NO
- 15) ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? SI NO

TOTAL

## Anexo 2

### Mini-examen del estado mental (M.M.S.E):

#### 1.- ORIENTACIÓN (puntuación máxima: 10 puntos)

Interrogar al paciente sobre el día de la semana, 1) Día de la semana \_\_\_\_

fecha de hoy, mes, año y estación del año. 2) Fecha de hoy \_\_\_\_\_

3) Mes \_\_\_\_\_

4) Año \_\_\_\_\_

5) Estación del año \_\_\_\_

Interrogar al paciente acerca del nombre del 6) Hospital \_\_\_\_\_

hospital, piso, ciudad, provincia y país. 7) Piso \_\_\_\_\_

8) Ciudad \_\_\_\_\_

9) Provincia \_\_\_\_\_

10) País \_\_\_\_\_

#### 2.- REGISTRO (puntuación máxima: 3 puntos)

Explorar en el paciente su capacidad de memoria. 11) Pelota \_\_\_\_\_

Repetir despacio las palabras: 12) Bandera \_\_\_\_\_

Pelota/ Bandera/ Árbol 13) Árbol \_\_\_\_\_

Repetirlas hasta 6 veces para que el paciente las aprenda

Registrar el número de intentos: \_\_\_\_\_

**3.- CÁLCULO Y ATENCIÓN\_**(puntuación máxima: 5 puntos)

Contar a partir de 100, restando 7. Parar después de 14) 93 \_\_\_\_\_

cinco respuestas. (93 / 86 / 79 / 72 / 65), 15) 86 \_\_\_\_\_

dar un punto por cada respuesta correcta. 16) 79 \_\_\_\_\_

17) 72 \_\_\_\_\_

18) 65 \_\_\_\_\_

- Si el sujeto no puede realizar las tareas, debe deletrear la palabra

MUNDO de atrás hacia delante. Dar un punto por cada letra bien ubicada.

(ODNUM) = 5 ptos; (ODUMN) = 3 ptos. 19) No. letras bien: \_\_\_\_\_

**4.- RECUERDO** (puntuación máxima: 3 puntos)

Preguntar por las tres palabras repetidas previamente. 20) Pelota \_\_\_\_\_

Un punto por cada respuesta correcta. 21) Bandera \_\_\_\_\_

22) Árbol \_\_\_\_\_

**5.- LENGUAJE** (puntuación máxima: 9 puntos)

a) Mostrar al paciente un reloj y preguntarle 23) Reloj \_\_\_\_\_

"¿qué es esto?". 24) Lápiz \_\_\_\_\_

Repetir lo mismo para el lápiz.

Un punto por cada respuesta correcta.

b) Repetir lo siguiente: "Ni sí, ni no, ni peros." 25) Repetición \_\_\_\_\_

c) Realizar una orden en tres tiempos: tomar un papel con la mano derecha

26) Coger el papel, doblarlo con la

mano derecha \_\_\_\_\_

por la mitad y ponerlo en el piso. 27) Doblar por la mitad \_\_\_\_\_

28) Ponerlo en el piso \_\_\_\_\_

d) Leer y obedecer la orden que se le da por 29) Cerrar los ojos \_\_\_\_\_

por escrito: "CIERRE LOS OJOS"

e) Orientar al sujeto para que escriba una oración. 30) Escritura \_\_\_\_\_

escriba una oración.

f) Copiar un dibujo. 31) Dibujo \_\_\_\_\_

Puntuación: Sumar el número de respuestas correctas. (En la pregunta 3, incluir los ítems del 14 al 18 ó el ítem 19, pero no ambos). Máximo de puntos: 30. Puntuación total: \_\_\_\_\_

CALIFICACIÓN:

- Sin deterioro cognoscitivo 24-30
- Ligero deterioro cognoscitivo 17-23
- Moderado deterioro cognoscitivo 10-17
- Severo deterioro cognoscitivo menos de 10
- Nivel de conciencia: \_\_\_\_\_ Alerta \_\_\_\_\_ Obnubilación \_\_\_\_\_ Estupor \_\_\_\_\_ Coma