



ESTUDIO DE INVESTIGACION CUANTITATIVO  
EPIDEMIOLOGIA  
Inédito

# “VIEJOS SON LOS TRAPOS”

Autores: Schmidt Ivana; D'Arino Maria Marta

**Residencia de Medicina General. Tandil  
Hogar de Ancianos Municipal  
Hospital Enrique Rodríguez Larreta.  
Avellaneda 350-(7003) María Ignacia Vela- Pcia. Bs.As  
Te. (0249)4491018  
[schmidtivanamg@gmail.com](mailto:schmidtivanamg@gmail.com)  
[darinomariamarta@gmail.com](mailto:darinomariamarta@gmail.com)**

Junio-Julio 2015

*“Los ancianos construyen el futuro de los pueblos con su experiencia y sabiduría”*

**AGRADECIMIENTOS:**

*Al Director del hospital Enrique Larreta, Dr. Matías Tringler por facilitarnos el espacio para nuestra formación así como el apoyo para la realización de nuestras actividades.*

*Al personal que trabaja en el Hospital Municipal Enrique Larreta y Hogar de Ancianos de María Ignacia Vela.*

## INDICE

RESUMEN:.....	4
INTRODUCCION:.....	5
OBJETIVOS: .....	6
MARCO TEORICO:.....	7
CONTEXTUALIZACION:.....	13
METODOLOGIA:.....	16
MATERIALES:.....	19
CRONOGRAMA:.....	20
RESULTADOS:.....	21
COCLUSION:.....	27
DISCUSION:.....	28
BIBLIOGRAFIA:.....	29
ANEXOS:.....	30

**RESUMEN:**

**TITULO: "VIEJOS SON LOS TRAPOS"**

AUTORES: D'Arino Maria M; Schmidt Ivana Y

INSTITUCION: Residencia Medicina General. Hogar de ancianos. Hospital Municipal Enrique Rodríguez Larreta.

DOMICILIO: Avellaneda 350 (7003). Ma. Ignacia-Vela. Tandil. Tel.: (0249)4491018.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: abordaje Cuantitativo.

CATEGORÍA TEMÁTICA: Epidemiología.

Mail: [Schmidtivanamg@gmail.com](mailto:Schmidtivanamg@gmail.com)

Por el alto crecimiento poblacional de ancianos se observa un aumento de las enfermedades crónicas, sumado al poco manejo del médico general en salud mental y con el adulto mayor es que decidimos realizar el siguiente trabajo con el objetivo de estimar la prevalencia de depresión y deterioro cognitivo en mayores de 65 años asilados en el Hogar de Ancianos del Hospital Enrique Larreta de Vela durante Junio y Julio de 2015 y analizar su posible asociación con otros factores. Se realizó una entrevista personal preelaborada con la aplicación de la escala de depresión de yesavage y el MMT. Resultados: N=20. El 45% presentó depresión, el 55% deterioro cognitivo. La prevalencia es mayor en mujeres, 29 y 57%. El 100% de los depresivos son mayores de 75 años y con deterioro cognitivo severo. De los pacientes con deterioro cognitivo el 73% con primaria incompleta y el 55% depresivos. Los resultados coinciden con la bibliografía. Consideramos importante continuar trabajando con los abuelos, realizar una intervención interdisciplinaria con los mismos.

Soporte: Proyector y pantalla.

Adulto mayor, Hogar de Ancianos, Depresión, Deterioro Cognitivo

## **INTRODUCCION:**

El envejecimiento es un fenómeno de aumento progresivo y alarmante en el ámbito mundial derivado de las transformaciones económicas y sociales. La menor tasa de nacimientos, especialmente en países desarrollados, juntos con los avances médicos permiten que cada vez exista mayor cantidad de gente anciana en nuestros países.

Según datos de la Naciones Unidas en el año 2000 el porcentaje de adultos mayores de 65 años alcanzaba el 6.9%, mientras que las estimaciones para el 2050 indican que la población de estas edades alcanzará el 16.2%.

Este panorama producto de la baja tasa de fecundidad y mortalidad a través del tiempo y en todas las regiones del mundo pone en evidencia un grave problema socio-sanitario, el progresivo incremento de las enfermedades ligadas a la edad.

La depresión es la cuarta causa incapacidad en la población activa, y será, probablemente, la segunda en el año 2020, tan sólo inferior a las enfermedades derivadas de la insuficiencia coronaria. Considerando la alta tasa de recaídas de esta enfermedad, no es de extrañar que la depresión afecte cada vez más a los ancianos y que la mayor tasa de suicidios por edad se produzca en los mayores de 70 años.

En la atención primaria de pacientes mayores de 65 años la prevalencia es de alrededor del 5 %; cuando se estudia la población de residencias geriátricas, la misma asciende al 25%.

Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en la tercera edad, asociado a las numerosas patologías que aparecen en esta etapa de la vida, propician que los ancianos tengan condiciones para deprimirse, sin embargo la depresión no es una consecuencia normal del envejecimiento.

La Depresión en las edades mayores puede estar asociado a deterioro cognitivo o presentarse sin esta asociación. Pero en ambos casos, es importante, tanto el reconocimiento de la depresión como el reconocimiento de los trastornos cognitivos del paciente.

La depresión en la vejez, si no se diagnostica y se trata adecuadamente, causa sufrimientos innecesarios en el anciano y su familia. Su diagnóstico es tan importante que el solo hecho de padecerla, constituye un criterio de fragilidad. Sin embargo, aún existen los

criterios erróneos de que la depresión en el anciano es un aspecto normal de su envejecimiento.

Teniendo en cuenta que los estudios descriptivos caracterizan la frecuencia y /o distribución de una enfermedad o fenómeno en estudio con respecto a diferentes variables, identifican las variables que puedan guardar relación con la enfermedad y son la puerta de entrada para la realización de estudios analíticos, además de tener en cuenta el poco dominio que tienen los médicos generalistas con respecto a este problema de salud muy frecuente en el adulto mayor y la escasa intervención con los abuelos del hogar de Ancianos Municipal al cual concurrimos, nos propusimos realizar el siguiente trabajo de investigación.

**OBJETIVO GENERAL:**

Estimar la prevalencia de depresión y deterioro cognitivo (DC) en las personas mayores de 65 años del Hogar de Ancianos Municipal del Hospital Enrique Larreta de la localidad de María Ignacia Vela durante los meses de Junio y Julio de 2015 y analizar su posible asociación con otros factores.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ✓ Conocer el número de personas con manifestaciones depresivas.
- ✓ Caracterizar la función cognitiva de cada uno de las personas.
- ✓ Estimar la posible asociación entre depresión, deterioro cognitivo (DC), edad, sexo y nivel educacional entre los asilados.

## MARCO TEORICO

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Es una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas.

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se prevé que en el año 2100 la cantidad de personas de 60 años de edad o mayores aumenta más de tres veces. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural y el 6.6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

En la vejez, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto. Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico. Aún hoy, en esta población etaria la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento. Por lo que con frecuencia la depresión en el anciano no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología. Los ancianos que con menor frecuencia presentan sintomatología depresiva, son aquellos estudiados en la comunidad, seguidos por los evaluados en un contexto médico, en el siguiente orden de menor a mayor prevalencia: consulta externa, hospitalización breve y por último, los pacientes en institucionalización

prolongada. Lo anterior se explica en función de los factores de riesgo que caracterizan a cada uno de estos grupos de población y su entorno. Los ancianos que residen en la comunidad representan una población “sobreviviente” más sana, mientras que los que viven en residencias o asilos, están caracterizados por una alta morbilidad, mayor vulnerabilidad y menores redes de apoyo social.

Pese a la elevada prevalencia de la depresión, se estima que sólo un 10% de los ancianos que la sufren reciben un tratamiento adecuado.

Los adultos mayores experimentan un rápido crecimiento como grupo poblacional a nivel mundial. A su vez, los adultos mayores concentran el grupo con más limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir, por lo que requieren una valoración geriátrica integral y asistencia especial; además, se incrementa el número de individuos con trastornos mentales, cognitivos y del comportamiento, lo que hace más difícil su cuidado a largo plazo. Estas entidades han llevado un proceso de institucionalización del anciano que ha tenido como una de sus principales finalidades resolver los problemas derivados de los escasos o nulos recursos económicos, de la falta de apoyo, del abandono, de la marginación social, etc., en el que se encuentra el adulto mayor. De forma adicional, se conoce que dentro de este proceso de institucionalización surgen algunas características negativas de las organizaciones de internación como son el cambio de contexto para el adulto mayor, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos; el sentimiento de carga e inutilidad; el desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas; el aislamiento con el medio, el maltrato, entre otras (Cerquera, 2008; Minor & Kaemppffmam, 2006).

Asimismo, se ha reportado que en los adultos mayores que viven en residencias, las condiciones de vida y la falta de contacto social se han asociado con síntomas depresivos (Santos et al., 2010). El anciano institucionalizado es más vulnerable y por lo tanto más proclive a padecer depresiones. En las Residencias de ancianos la vida se hace rutinaria en muchos casos y además la prevalencia de enfermedades es más alta. Todo ello provoca monotonía, hastío, aburrimiento y desencadena, o descompensa, enfermedades depresivas. Los residentes que mantienen un buen estado del humor son los más válidos por sí mismos y los que mantienen unas relaciones mejores con su entorno social. Estos favorecen y explican la alta prevalencia de depresión (30-50%) en ancianos institucionalizados. Hay residentes



que refieren problemas del sueño que pueden estar motivados por las propias normas horarias del Centro. La falta de interés o la dificultad para concentrarse se suelen originar en medios ambientes estériles en iniciativas y actividades. Cuando el residente refiere una disminución de la satisfacción vital, debe ahondarse en una posible falta de comunicación social. Un medio impersonal favorece la pérdida de autoestima del anciano institucionalizado. La depresión es más frecuente en las personas con una calidad de vida inferior, en los residentes que toman más medicamentos, en los que tienen mayores dificultades para realizar los actos de la vida diaria y en los que tienen un comportamiento social más pobre. El personal asistencial de las Residencias de ancianos debe estimular al anciano en el mantenimiento de sus relaciones sociales, la relación entre trabajadores y residentes debe ser fluida y positiva. Para conseguir una interacción positiva entre trabajadores y residentes, se han considerado como factores favorecedores los siguientes: abundancia numérica de trabajadores, residentes activos e integrados en la comunidad, existencia en la Residencia de unos adecuados Servicios Sanitarios, asistencia eficaz, para realizar los actos de la vida diaria de los ancianos inválidos o imposibilitados y la realización de actividades sociales y culturales en la Residencia. El medio ambiente constituye parte del entorno de la persona y por lo tanto influye en el humor. En las Residencias es necesario mejorar sus características arquitectónicas. La belleza física, la existencia de instalaciones sociales y recreativas, las características de seguridad del Centro, el espacio disponible y la accesibilidad desde la comunidad son elementos positivos en el hábito residencial y constituyen un mecanismo preventivo para la enfermedad depresiva. Otros aspectos positivos que se pueden desarrollar en el medio residencial, y que previenen la depresión son: ofrecer información a los residentes sobre la política sanitaria del Centro, favorecer la mejora de relaciones interpersonales y, en suma, favorecer todo aquello que mejore la calidad de vida del anciano institucionalizado.

**FACTORES DE RIESGO:** Considerando los factores bio-psico-social, espirituales y culturales que interactúan dinámicamente en un individuo, entenderemos mejor la depresión en el anciano. En la vejez suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc. Esto pone en marcha mecanismos de adaptación que cuando no funcionan, conllevan a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo será en función de recursos

psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el anciano. El género es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión mayor (TDM) y para la mayoría de los trastornos de ansiedad, con un riesgo en mujeres de 1.5 – 2 veces mayor que en hombres. Una correlación idéntica en mujeres de edad mediana (30 – 44 años), viudas, separadas o divorciadas, y de bajos ingresos o desempleadas. Se ha reportado una relación directamente proporcional entre la edad y la pobreza. Las mujeres exhiben una incidencia mayor de pobreza, tanto por sus condiciones de género, como por sus opciones generacionales y el trato sociocultural. También hay diferencias al comparar ancianos/as residentes en áreas urbanas, con las rurales. La incidencia de la pobreza es mayor en éstos últimos.

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos. Es común que ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, si existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. Se ha comprobado que el apoyo social reduce el riesgo total de trastorno depresivo, con poca evidencia de la “teoría de amortiguador (*buffer*) del apoyo social” que postula que el apoyo social efectivo disminuye en forma específica los efectos depresógenos de los eventos estresantes.

Las sociedades industrializadas generan eventos estresantes que el anciano difícilmente afronta (violencia, maltrato, discriminación, barreras arquitectónicas entre otras), y que determinan hasta cierto punto, que el anciano las evite, ocasionándose el confinamiento en su domicilio y la poca interacción social, en detrimento de recursos que pudieran ser fuente de satisfacción.

La naturaleza de la depresión en la vejez parece ser fenomenológicamente distinta a la de otras edades. A ello contribuye sin duda la especial asociación de la depresión con el deterioro cognitivo en este periodo de la vida, que puede producir una importante confusión en la labor clínica con los ancianos. Entre las características diferenciales de la depresión en la vejez, en relación a otras edades, una muy frecuente es la queja de los ancianos deprimidos acerca de problemas de memoria, que enmascara su trastorno principal, acudiendo a las consultas médicas con la sospecha de problemas de demencia y no

de depresión. Además, los ancianos con deterioro cognitivo presentan, en muchos casos, al mismo tiempo depresión (Reifler, Larson y Hanley, 1982). Esto nos indica la especial interacción entre las variables cognitivas y las afectivas durante la vejez, y la posibilidad de confusión en el diagnóstico.

Los sujetos depresivos muestran un rendimiento inferior en las pruebas explícitas de memoria de recuerdo libre, recuerdo con claves y reconocimiento; sin embargo, en las pruebas implícitas de memoria las diferencias entre depresivos y no depresivos dependen de la naturaleza de las propias pruebas: si éstas requieren un nivel de procesamiento superficial no hay diferencias, mientras que sí existen diferencias si se requiere un nivel de procesamiento profundo, semejante al requerido en las pruebas explícitas (Beato y Fernández, 1995). Estas diferencias en el rendimiento cognitivo entre depresivos y no depresivos son significativamente mayores en los ancianos (Deptula, Singh, Pomara, 1993). Diversos trabajos apuntan que la depresión es el mejor predictor de la percepción de problemas de memoria (metamemoria) en la vejez (Zelinski et al., 1980; Bazargan y Barbre, 1994; McDougall, 1994; Dellefield y McDougall, 1996), por lo que, a su vez, la metamemoria se convierte en un indicador importante para diferenciar deprimidos y no deprimidos. La implicación de la metamemoria en el rendimiento mnésico de los ancianos es origen de cierta controversia. La evidencia clínica y epidemiológica indica que la mujer presenta un riesgo 1.5 veces mayor que el hombre de sufrir trastornos depresivos o depresión mayor. Por otra parte, si la edad es un factor de riesgo para la demencia, se puede afirmar que la educación es un factor protector: parece ser que a niveles educativos más bajos existen mayores riesgos de deterioro cognitivo en general (Steen, 1992; Bermejo y Colmenarejo, 1993; Mortimer, 1993; Gatz, 1994), y en concreto de la memoria en los ancianos (Coishery Wallace, 1991). A esto se le han dado diversas explicaciones, desde la que afirma que el nivel de estudios propicia una mayor actividad cerebral, que protegerla en la vejez del deterioro cognitivo (Zhang, Katzman y Salmón, 1990), a la que asegura que la educación sería un indicador del nivel socioeconómico del sujeto, factor de riesgo verdaderamente implicado en el deterioro cognitivo (Bermejo y Colmenarejo, 1993). Esta relación entre nivel educativo y demencia, independientemente de cuál sea su origen, nos hace presumir la existencia de una interrelación entre el nivel de estudios y la depresión.

En cuanto al lugar de residencia, hemos de señalar que durante la vejez muchos ancianos siguen viviendo en sus domicilios o en el de familiares, pero otros muchos se ven obligados a salir de su ambiente habitual y a vivir en otro extraño, con las posibles consecuencias negativas que ello puede implicar. Vivir en una residencia se puede convertir en un suceso estresante que se acumula a otros durante la vejez, y que influye de forma distinta en función del ambiente institucional que exista, ya que la diversidad de ambientes residenciales no permite una interpretación unívoca de esta cuestión (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992). No obstante, diversos trabajos apuntan hacia una mayor prevalencia de la depresión en ancianos institucionalizados (Busse, 1992). En este sentido, distintos autores han encontrado que un gran número de ancianos de las residencias presentan algún trastorno mental diagnosticable, fundamentalmente demencia y depresión (Cohén, 1990; Liptzin, 1992).

Es importante diagnosticar y tratar la depresión en los ancianos porque en ellos esta enfermedad, habitualmente subdiagnosticada, produce: **1)** Marcada discapacidad; **2)** Deterioro en la calidad de vida; **3)** Mayor tasa de suicidios exitosos (si se los compara con poblaciones más jóvenes); **4)** Mayor uso de los recursos de salud; y **5)** Enlentecimiento y/o fracaso en la rehabilitación de las enfermedades físicas. En la práctica, no siempre resulta sencillo diagnosticar la depresión en los ancianos. El diagnóstico es obvio cuando el paciente consulta diciendo que se siente triste, angustiado, sin ganas de hacer sus tareas habituales, con desesperanza, y que ya tuvo varios episodios semejantes durante su vida que fueron tratados efectivamente con antidepresivos. Sin embargo, habitualmente, en los ancianos la depresión se manifiesta con síntomas más sutiles, sobre todo de índole física (cansancio, dolores múltiples, olvidos frecuentes, etc.). Esta forma enmascarada de presentación, asociada a la tendencia natural a justificar la tristeza (porque está enfermo, porque tiene problemas económicos y otros argumentos de ese tipo) dificulta el diagnóstico de depresión. El problema es mayor aún cuando el paciente tiende a negar los síntomas o a minimizarlos porque teme ser señalado como “loco” o “enfermo psiquiátrico”.

Una herramienta para evaluar la esfera emocional de los pacientes ancianos es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG). (VER ANEXO N°1)

La depresión es una entidad prevalente en los ancianos. Su detección y tratamiento mejoran la calidad de vida y la funcionalidad de estos pacientes. La EDG es una herramienta

que, utilizada en forma empática, permite evaluar la esfera emocional y detectar a los pacientes depresivos.

El deterioro cognitivo afecta la independencia del individuo y sus actividades de la vida diaria, aumenta el riesgo de síndrome confusional agudo e incrementa el uso de los sistemas de salud, así como la mortalidad de los quienes lo padecen. La prevalencia de deterioro cognitivo aumenta con la edad, es del 1 al 3% a los 60 años, del 15% a los 75 años y del 42% a los 85 años. El deterioro cognitivo es un estado patológico con alta posibilidad de evolución a la demencia. Entre el 10 y el 15% de los pacientes con deterioro cognitivo desarrolla enfermedad de Alzheimer al año y el 45% a los tres años. El conocimiento de la función cognitiva basal y la determinación de cualquier discapacidad son fundamentales para el cuidado adecuado de todos los ancianos.

El uso de herramientas de rastreo permite detectar trastornos leves o iniciales y causas reversibles de deterioro cognitivo. Este rastreo estaría recomendado en pacientes con determinados riesgos, entre ellos: ancianos hospitalizados, mayores de 80 años, que se mudaron o lo harán en breve (por ejemplo, a instituciones geriátricas), que tienen antecedentes de síndrome confusional agudo, depresión, diabetes, enfermedad de Parkinson o pérdida funcional reciente inexplicada o como parte de su evaluación preoperatoria. En estos casos, el *test* aporta información acerca del estado cognitivo basal del paciente, lo que facilita una eventual comparación posterior y permite detectar a aquellos pacientes con trastornos cognitivos que tienen mayor riesgo, por ejemplo, de desarrollar un síndrome confusional agudo postoperatorio. El MMT es el *test* más usado para el rastreo de deterioro cognitivo. (VER ANEXO N°2). El MMT es una herramienta de rastreo que, aplicada en atención primaria, permite detectar deterioro cognitivo y documentar los cambios que el paciente sufre con el transcurso del tiempo. Sin embargo, una puntuación baja no hace diagnóstico de demencia y requiere de una evaluación posterior.

**CONTEXTUALIZACIÓN:** María Ignacia - Vela es parte del partido de Tandil, situada a 50 km de la cabecera del Municipio. Se accede a recorriendo 17 km por la ruta 80, que nace en la 74 que une la ciudad de Tandil con Benito Juárez. Es la segunda mayor aglomeración urbana del partido, detrás de la ciudad de Tandil, y delante de otros como Gardey. Cuenta con 1.948 habitantes

(INDEC, 2010), lo que representa un incremento del 7% frente a los 1.822 habitantes (INDEC, 2001) del censo anterior.

Esta población se originó cuando se prolongaba el ferrocarril sud, hacia Bahía Blanca, pasando por Tandil. Es así como, en 1885, Felipe y Pedro Vela donaron los terrenos para el establecimiento de la estación de ferrocarril. De este modo nació la Estación Vela.

El conflicto con el nombre surge ya que la estación se llamaba Vela en honor a los donantes de las tierras para las vías, pero el pueblo que más tarde fue creciendo se denominó María Ignacia en honor a la madre de Vicente Cazares, quien loteó y donó los territorios adyacentes a los de los hermanos Vela.

Para evitar conflictos entre los partidarios de ambas denominaciones, al pueblo suele asignársele el nombre de María Ignacia – Vela.

ECONOMIA: La principal actividad económica es la agrícola, aunque por algunas épocas funcionaron las canteras Troncoso-Varela.

La localidad no logró progresar en la producción de ninguna otra materia prima a diferencia de Tandil. Todo lo producido se trasladaba a otras grandes ciudades impidiendo el avance del pueblo, que estaba proyectado para su crecimiento.

INSTITUCIONES: El pueblo cuenta con dos museos: el Histórico y el de Ciencias Naturales Dr. Aurelio de Lusarreta que expone más de mil piezas que describen la historia del pueblo y el Museo de maquinarias agrícolas Prof. Eduardo Ferrer.

La población cuenta con un jardín, escuela primaria, media y C.E.F. La Escuela nº 13, Domingo Faustino Sarmiento se inauguró en 1891 como Escuela Rural Infantil. Actualmente es Escuela Primaria. La Escuela de Educación Media nº 5 Dependiendo del Consejo del Menor y la familia. Cuenta con una ONG, La Casa del Niño Rayito de Sol, inaugurada en 1985 brinda atención como jardín maternal a niños a partir de los 45 días. Al mismo tiempo ofrece un espacio pedagógico complementario para alumnos que por situación socioeconómica pueden permanecer en el establecimiento luego de sus horas de clase.

Completan la oferta educativa la filial de la Escuela Municipal de Bellas Artes de Tandil fundada en 1965 donde se hace cerámica y manualidades, además de distintas iniciativas generadas por los mismos vecinos de la ciudad como escuela de patín, aeróbic, teatro, carate, curso de turismo.

En la delegación Municipal funciona el sector administrativo de la Delegación

Municipal, despacho del Delegado Municipal, sala de reuniones (fiscalía), el registro de las personas, el correo e I.O.M.A. Cuenta con un cuerpo de bomberos voluntarios, centro de jubilados, biblioteca, escuela municipal de artes y un Banco Nación.

Para el Culto hay una Iglesias Católica, la Parroquia Nuestra Señora del Rosario y 4 Iglesias Evangélicas que congregan mucha gente.

ESPARCIMIENTO: Cuenta con un Balneario Municipal construido en 1969 a 5 km. de la población, en una parte del arroyo Chapaleofú Chico al cual se accede por una ruta sin asfaltar. El Castillo de Don Enrique Larreta, inaugurado en 1924 en la cima de un cerro rodeado de grandes peñascos, es una joya arquitectónica de estilo español con influencia mora y además un gran museo por la cantidad de obras de arte que contiene. El Fortín Vela es un espacio más de la historia cultural del lugar, que a pesar de su abandono de los últimos años se intenta recuperar como lugar de esparcimiento.

El pueblo cuenta en su plaza principal con una gran variedad de árboles entre ellos tilos, plátanos, abetos, araucarias, álamo criollo, cedro y ciruelo. En una de las esquinas de acceso a la plaza un cartel sirve de referencia para identificar cada una de las especies.

VIVIENDAS: El 93% de las viviendas son de material, el 4% entre madera, chapa y barro, el 3% de planchones. Las casas fueron acondicionadas de manera que muchas conservan la fachada característica como casonas altas, de ladrillos grandes. En el interior el 68% tiene pisos de cerámica, el 14% de cemento, el 16% de madera y el 2% de tierra.

SERVICIOS: En 1920 se inicia la instalación de la corriente eléctrica. En 1924 se crea la primera oficina de comunicaciones con teléfono y en 1988 se inaugura la red de gas natural. Hoy la distribución de agua, teléfono y cable están organizadas en forma de Cooperativa.

EFFECTORES DE SALUD: En 1890 Vela contaba con el primer médico cirujano el doctor Arístides Rossi, italiano, quien mandó construir un edificio para la atención e internación de enfermos, adquirió el primer equipo de Rayos X, contaba con un grupo generador propio de corriente eléctrica y aplicaba la electricidad para combatir casos crónicos de parálisis. Además tomó iniciativas de salud pública como instalar por su cuenta líneas para alumbrar ciertas calles del pueblo y brindó corriente eléctrica a los 2 hoteles y a la subcomisaria de entonces.

Vela contó posteriormente con otros médicos. En 1925 se instaló una Clínica de

Atención Médica con Sala de Internación y Quirófano. A fines de 1949 esta clínica cierra y pasa con todo su material al flamante Hospital Municipal. En 1958 se abren las puertas del Hospital Municipal de María Ignacia. En 1981 se inauguraron dos salas para Asilo de Ancianos, en un edificio anexo al Hospital Municipal. El HOSPITAL Enrique Larreta es el único centro asistencial de Vela. En el momento de su fundación contaba con mayor número de profesionales y más de un Velense nació en él o fue intervenido quirúrgicamente. Actualmente la posibilidad de llegar en forma más rápida a Tandil y los cambios en los criterios de atención médica han modificado la complejidad del mismo. El Hospital cuenta con un Asilo donde viven 26 personas, la mayoría mayores de 65 años, algunos por decisión de la familia y otros por razones familiares o sociales viven en el hospital.

**La residencia de medicina General de Tandil** se inicia en el año 1985 con sede en el Hospital Municipal Ramón Santamarina, lugar que aún continúa albergándola. Actualmente está integrada por 3 residentes de 1° año, 3 residentes de 2° año, 1 residente de 3° año, 2 residentes de 4° año, una jefa de residentes y una coordinadora docente. Las rotaciones acordes al programa de formación se realizan en los Hospitales de la ciudad, en el centro de Salud del CIC “La Movediza” y en el Hospital Municipal de la Localidad de María Ignacia Vela.

#### **METODOLOGIA:**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal en las 22 personas mayores de 65 años que se encuentran en el Hogar de Ancianos Municipal del Hospital Enrique Larreta de la localidad de María Ignacia-Vela durante los meses de Junio y Julio de 2015.

Las variables a investigar son:

- ✓ **DEPRESION:** Se medirá en escala Nominal en SI ó NO de acuerdo al resultado de escala de Yesavage. (VER ANEXO N°1)
- ✓ **SEXO:** Escala nominal, se optará por varón o Mujer según lo refiera la persona a entrevistar.
- ✓ **EDAD:** Escala Numérica, en años, de acuerdo a la entrevista y a la Historia clínica del paciente.
- ✓ **ESCOLARIDAD:** Escala ordinal. Según la entrevista con la persona en ausencia de escolaridad, primaria incompleta, primaria completa o nivel superior.



- ✓ **DETERIORO COGNITIVO:** Escala ordinal. En ausencia de deterioro cognitivo o leve, moderado o severo de acuerdo al resultado de MMT. (VER ANEXO N°2)
- **UNIVERSO:** En el Hogar de Ancianos viven 27 personas.
- **MUESTRA:** El estudio se realizó con 22 adultos mayores de 65 años asilados en el Hogar Municipal Del Hospital Enrique Larreta de la localidad de María Ignacia Vela.
  - **CRITERIOS DE EXCLUSION:** Menores de 65 años, Retraso madurativo, Pacientes con alteración de la conciencia o secuelas neurológicas.
- **INSTRUMENTOS:** Entrevista, encuesta personal estructurada con cuestionario pre elaborado, guiada por entrevistador. (VER ANEXO N°3)

Para evaluar la esfera emocional de los pacientes ancianos se utilizó la **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)**. Esta es una escala confiable, que está validada (es decir, que se ha comprobado que sirve para diagnosticar depresión), que tiene una forma completa que consiste en 30 preguntas y una forma más corta de 15 que mantiene una buena especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de depresión (el 83% y el 86%, respectivamente). Se realiza haciéndole las 15 preguntas al paciente, pidiéndole que opte por SÍ o por NO, según su situación personal. Respuestas depresivas: NO en los puntos 1, 5, 7, 11 y 13. SÍ en las restantes. Cada una de las respuestas depresivas corresponde a un punto. Se considera que el *test* es negativo si las respuestas depresivas suman hasta 5 puntos. Un valor de 6 a 10 es sugestivo de depresión moderada y uno superior a 11, de depresión severa. (VER ANEXO N°1).

➤ Para evaluar la esfera cognitiva el **minimal test de Folstein (MMT)** es el test más utilizado para rastreo de deterioro cognitivo (DC). Se basa en interrogar al paciente sobre una serie de preguntas que pueden agruparse en siete categorías: 1) Orientación temporal; 2) Orientación espacial o

topográfica; 3) Memoria; 4) Atención y cálculo; 5) Memoria diferida; 6) Lenguaje; y 7) Dibujo. Habitualmente, su realización requiere entre 5 y 10 minutos. El MMT no puede realizarse a pacientes con alteraciones del nivel de conciencia (por ejemplo, con un síndrome confusional agudo ya que los resultados no son confiables y es imposible que un paciente confuso colabore satisfactoriamente. Tampoco puede utilizarse en pacientes que no hablan fluidamente el idioma. El MMT es una herramienta para evaluar la esfera cognitiva de los pacientes ancianos con una sensibilidad del 87% y una especificidad del 82%. La sensibilidad del MMT es menor en los pacientes con enfermedades psiquiátricas y en los pacientes con daño en el hemisferio cerebral derecho, lo que causa un incremento en los resultados falsos negativos. La especificidad se modifica con las características demográficas que influyen en los pacientes: los niveles educativos bajos incrementan la probabilidad de resultados falsos positivos, es decir, sujetos sanos a los que se diagnostica un trastorno cognitivo. Esto es particularmente evidente en sujetos con menos de nueve años de educación. A su vez, elevados niveles de educación pueden producir resultados falsos negativos. Es útil para detectar el deterioro cognitivo y documentar los cambios que el paciente sufre con el transcurso del tiempo, sin embargo, no establece el diagnóstico de demencia. (VER ANEXO N°2).

TABLA 1: Puntos de corte de MMT según severidad:

<b>PUNTOS DE CORTE SEGÚN SEVERIDAD</b>	
<b>PUNTO DE CORTE</b>	<b>INTERPRETACION DEL RESULTADO</b>
<b>24-30</b>	NORMAL O DCL (deterioro cognitivo leve)
<b>18-23</b>	DCM (deterioro cognitivo moderado)
<b>&lt;17</b>	DCS (deterioro cognitivo severo)

TABLA2: Puntos de corte de MMT según el nivel educativo:

<b>PUNTOS DE CORTE SEGÚN NIVEL EDUCATIVO</b>	
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>PUNTOS DE CORTE</b>
<b>8 O MENOS AÑOS DE ESCOLARIDAD</b>	21
<b>SECUNDARIA</b>	23
<b>TERCIARIA</b>	24

TABLA 3: Puntos de corte de MMT según la edad del paciente:

<b>PUNTOS DE CORTE SEGÚN LA EDAD DEL PACIENTE</b>	
<b>PUNTO DE CORTE</b>	<b>EDAD (años)</b>
<b>40-49</b>	28
<b>50-59</b>	26
<b>60-69</b>	25
<b>70-79</b>	25
<b>80-89</b>	24

**MATERIALES:**

- RECURSOS:
  - **Humanos:**
    - 2 Médicas Residentes de Medicina General de cuarto año.
    - Cuidadores y personal del Hogar de ancianos.

- Personal del Hospital Municipal Enrique R. Larreta.
- **Materiales:**
  - Movilidad para viajar hasta Hospital Enrique Rodríguez Larreta
  - Material de librería: hojas A4, lapiceras, carpetas, folios,
  - Fotocopias de Mini mental test y escala de depresión geriátrica.
- **Técnicos:**
  - Revisión en las historias clínicas informatizadas del SISA (Sistema informático de salud).
  - Entrevistas al Personal que incluye la realización de Mini mental test y escala de depresión de depresión geriátrica. (VER ANEXO 1 Y 2)
- **Financieros:**
  - Boucher de combustible para la realización de los viajes desde la ciudad de Tandil hasta el Hospital de la ciudad de Vela financiados por Municipalidad de Tandil.
  - Dinero de caja chica del Hospital Enrique Larreta para las fotocopias de las historias clínicas y los Mini mental test.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

**MES 1: Junio 2015, MES 2: Julio 2015**

ACTIVIDADES	MES 1				MES 2			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Visita al Hogar, presentación.								
Diseño de Entrevista, planificación.								
Realización de entrevistas y test.								
Análisis de los resultados.								
Conclusiones y armado del proyecto								

**RESULTADOS:**

**Tabla de resultados:**

PACIENTE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	ESCALA DEPRES	MMT	DEPRESION	DET. COGN
Ortensia	68	mujer	PRIMARIA INCOMPL	2	16	NO	DC SEVERO
Eva	86	mujer	NO SE PUEDE REALIZAR				
Juana	93	mujer	PRIMARIA INCOMPL	12	14	SI	DC SEVERO
Zulma	82	mujer	PRIMARIA COMPLETA	4	23	NO	NO
Angelica	87	mujer	PRIMARIA INCOMPL	6	4	SI	DC SEVERO
Cristina	79	mujer	ANALFABETA	3	20	NO	DC LEVE
Margarita	84	mujer	ANALFABETA	0	22	NO	NO
Haydee	86	mujer	PRIMARIA INCOMPL	2	23	NO	NO
Nicolás	82	varón	PRIMARIA INCOMPL	7	16	SI	DC SEVERO
Roberto	75	varon	PRIMARIA INCOMPL	2	25	NO	NO
Alfredo	84	varon	PRIMARIA INCOMPL	4	21	NO	NO
Jorge	77	varón	PRIMARIA INCOMPL	6	14	SI	DC SEVERO
Alberto	91	varon	ANALFABETO	7	16	SI	DC SEVERO
Antenor	85	varon	PRIMARIA INCOMPL	3	23	NO	NO
Jose	83	varon	PRIMARIA INCOMPL	2	26	NO	NO
Luis	72	varon	PRIMARIA INCOMPL	3	14	NO	DC SEVERO
Abel	79	varon	NO SE PUEDE REALIZAR				
Ruben	69	varon	ANALFABETO	1	19	NO	DC MODER
Luis	86	varon	PRIMARIA INCOMPL	2	25	NO	NO
Carlos	78	varon	PRIMARIA INCOMPL	5	17	NO	DC SEVERO
Palavecino	86	varon	PRIMARIA INCOMPL	2	12	NO	DC SEVERO
Jose	81	varon	PRIMARIA COMPL	3	29	NO	NO
Mario	56	varon	EXCLUIDO				
Carlos M.	49	varon	EXCLUIDO				
Luis	70	varon	EXCLUIDO				
Carlos G.		varon	EXCLUIDO				
Aguilera	49	varon	EXCLUIDO				

**PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Tabla n°1= Cantidad de pacientes depresivos sobre el total de la población. N=20

DEPRESION	FRACUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
	(20-5)=15	(5/20)=0.25=25%

**El 25% de los asilados manifestaron síntomas depresivos.**

**Grafico n°1: Porcentaje de pacientes depresivos sobre el total de la población.**

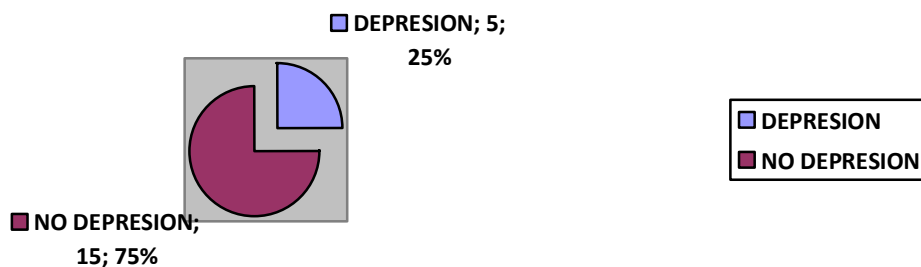


Tabla 2: Cantidad de pacientes con deterioro cognitivo sobre el total de la población. N=20

DETERIORO COGNITIVO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
	(20-11)=5	(11/20)=0.55=55%

**EL 55% de los asilados presentan deterioro cognitivo.**

**Gráfico 2: Porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo sobre el total de la población.**

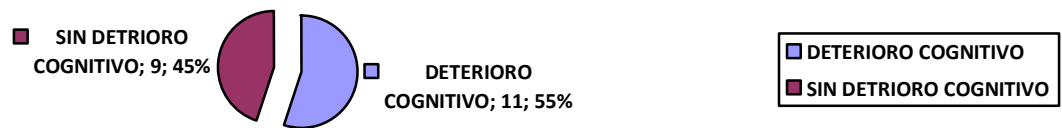


Tabla 3: Cantidad de mujeres con síntomas depresivos sobre el total de las mujeres. N=7

DEPRESION EN MUJERES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
	(7-2)=5	(2/7)=0.2857= 28.57%

**El 28.57% de las mujeres asiladas presentan manifestaciones depresivas.**

**Gráfico 3: Porcentaje de mujeres con manifestaciones depresivas sobre el total de mujeres.**

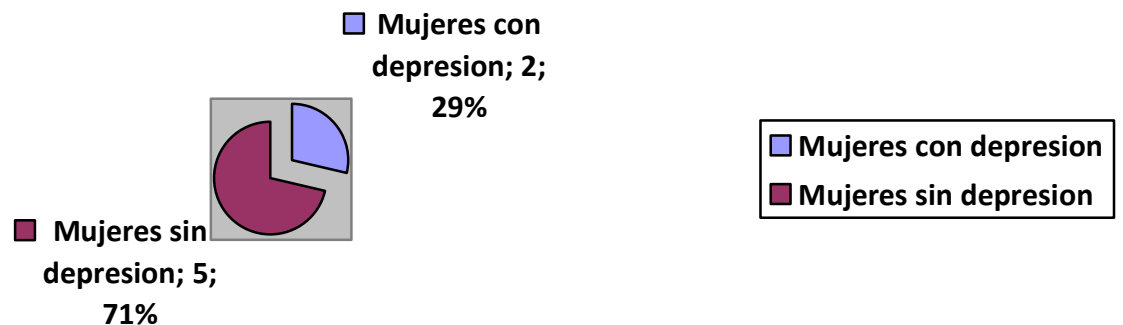


Tabla 4: Nivel de deterioro cognitivo sobre el total de mujeres. N=7

	DETERIORO LEVE	DETER. MODERADO	DETERIORO SEVERO	SIN DETERIORO
N° DE MUJERES	1	0	3	3

**Gráfico N°4: Porcentaje de mujeres según nivel de deterioro cognitivo N=7**

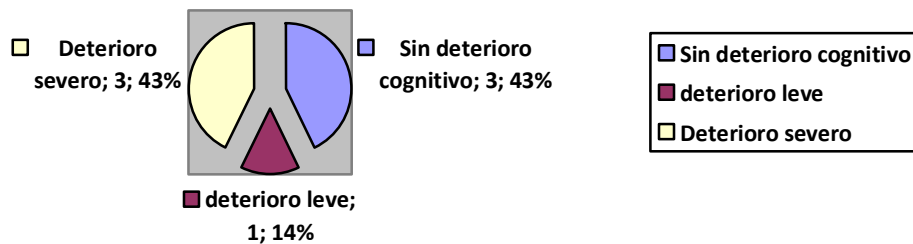


Tabla 5: cantidad de varones con manifestaciones depresivas sobre el total de varones. N=13

	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
VARONES CON DEPRESION	(13-3)=10	(3/13=0.2307)=23.08%

**EL 23.08% de los varones presentan manifestaciones depresivas sobre el total de varones.**

**Gráfico n°5: Porcentaje de varones con manifestaciones depresivas. N=13**

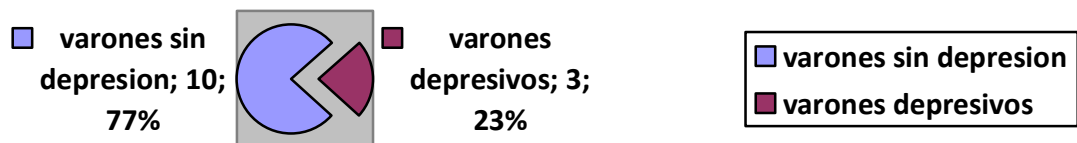


Tabla n° 6. Nivel de deterioro cognitivo sobre el total de varones. N=13

	DETERIORO LEVE	DETERIORO MODERADO	DETERIORO SEVERO	SIN DETERIORO
NUMERO DE VARONES	0	1	6	6

**Gráfico n°6. Porcentaje de pacientes varones con deterioro cognitivo. N=13**

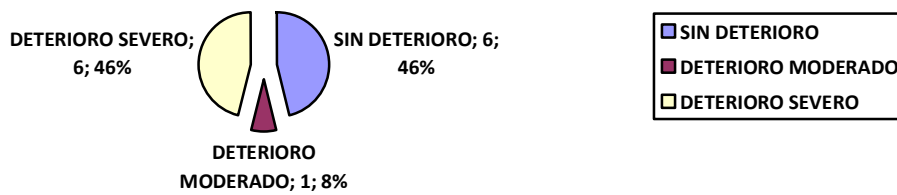


Tabla n°7: Nivel de deterioro cognitivo sobre el total de la población. N=20

	Deterioro leve	Deterioro moderado	Deterioro severo	Sin deterioro
Numero de asilados	1	1	9	9

**Gráfico n°7: Porcentaje de pacientes según el nivel de deterioro cognitivo.**

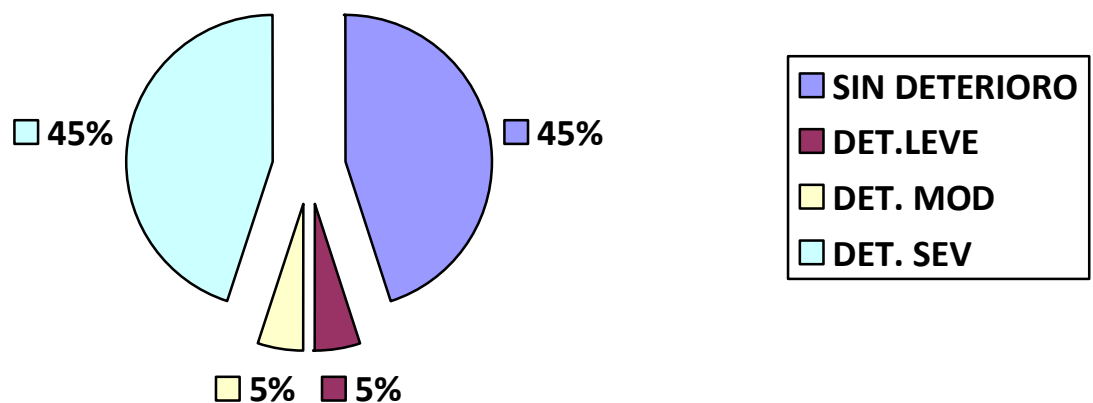




Tabla n°8: Cantidad de pacientes con manifestaciones depresivas mayores de 75 años. N=5

Pacientes con depresión	Pacientes >75 años con depresión
5	5

**El 100% de los pacientes con manifestaciones depresivas son mayores de 75 años.**

Tabla n°9: Cantidad de pacientes depresivos según el nivel de escolaridad. N=5

	Analfabetos	Primaria incompleta
Manifestaciones depresivas	1	4

**Gráfico n°9: Porcentaje de pacientes depresivos según el nivel de escolaridad.**

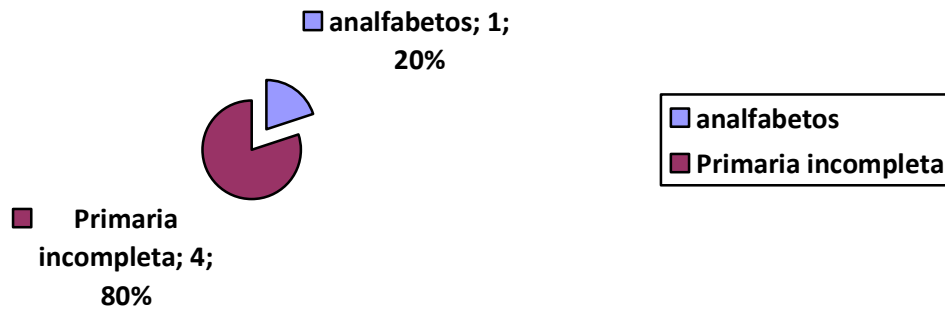


Tabla n°10: Cantidad de pacientes depresivos que presentan deterioro cognitivo. N=5

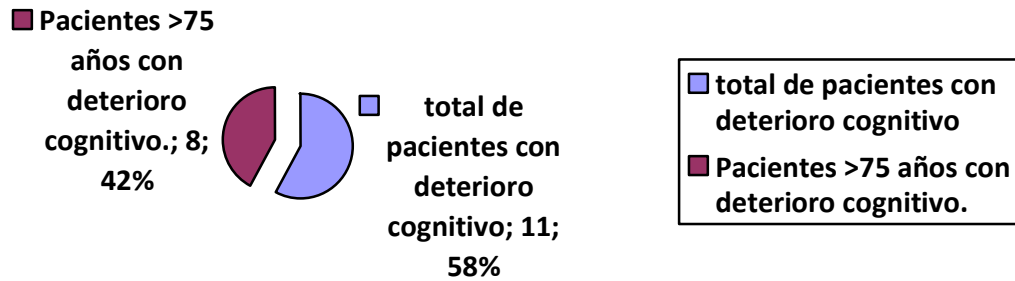
Pacientes con depresión	Deterioro cognitivo severo
5	5

**El 100% de los pacientes con manifestaciones depresivas tienen deterioro cognitivo severo.**

Tabla n°11: Cantidad de pacientes con deterioro cognitivo mayores de 75 años. N=11

Pacientes con deterioro cognitivo	Pacientes >75 años con deterioro cognitivo
11	8

**Gráfico n°11: Porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo >75 años. N=11**



El 42% de los pacientes mayores de 75 años presentan deterioro cognitivo.

Tabla 12: Cantidad de pacientes con deterioro cognitivo según el nivel de escolaridad. N=11

Pacientes con D. cognitivo	Primaria incompleta	Analfabetos
11	8	3

**Gráfico 12: porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo según nivel de escolaridad. N=11**

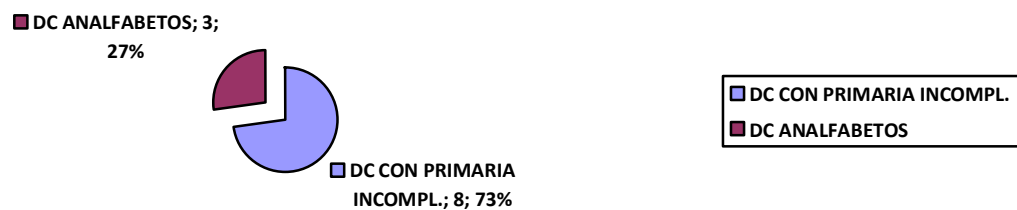
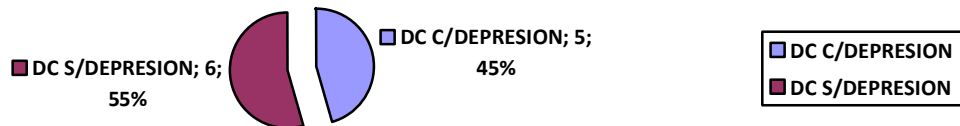


Tabla 13: Cantidad de pacientes con deterioro cognitivo y depresión. N=11

Pacientes con D. cognitivo	Depresión	No depresión
11	5	6

**Grafico 13. Porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo y depresión. N=11**



**CONCLUSIONES:** Dado que el estudio realizado es de tipo descriptivo, no se permite establecer una relación causal entre las variables ya que no es posible conocer si fue anterior la existencia del factor de riesgo o lo fue la enfermedad. Pero si podemos informar sobre la relación existente entre las variables.

En nuestro caso analizando las distintas variables y los resultados vemos que la prevalencia de depresión en los pacientes institucionalizados fue del 45% (Gráfico 1) y la prevalencia de deterioro cognitivo de 55%(Gráfico 2). De las mujeres, el 29% presentó depresión (Gráfico 3) y el 57% deterioro cognitivo (Gráfico 4). De los varones, el 23% presentó depresión (Gráfico 5) y el 54% deterioro cognitivo (Gráfico 6).

En relación a las demás variables, de los pacientes depresivos, el 100% fueron mayores de 75 años y el 100% con deterioro cognitivo severo, el 80% tenía primaria incompleta y el 20% fueron analfabetos. En cuanto a los pacientes con deterioro cognitivo, el 42% fueron mayores de 75 años, el 27% analfabetos, un 73% con primaria incompleta y el 55% resultaron depresivos.

Observamos que la prevalencia de depresión de nuestros ancianos se encuadra con los datos de la bibliografía que refiere ser de entre el 25 y 50%. Asimismo, coincide la variable de género en cuanto a prevalencia de depresión siendo mayor en la mujer. En cuanto al deterioro cognitivo y la depresión, como dice la literatura se refleja en nuestro estudio y se observan estrechamente asociados, dado que todos nuestros pacientes depresivos presentaron además deterioro cognitivo. Respecto a la educación, que se sabe, es un factor protector para demencia, en nuestro caso, predominan los pacientes con

primaria incompleta con alta prevalencia de deterioro cognitivo, también coincidiendo con la bibliografía.

**DISCUSIÓN Y CONTRIBUCIÓN PARA LA MEDICINA GENERAL:** Consideramos importante y de gran aporte la realización de este estudio de investigación para conocer más sobre nuestros ancianos de la institución y poder realizar intervenciones correspondientes. Obteniendo estos datos y conociendo la prevalencia de depresión consideramos indispensable trabajar con los abuelos para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno así como evitar o disminuir la progresión a demencia dado la alta tasa de deterioro cognitivo observada. Poder planificar actividades y mejoras para crear un sitio más acogedor para los asilados. Consideramos este trabajo como el inicio y disparador para nuevos estudios de investigación ya que creemos importante como médicos generalistas reforzar y profundizar nuestros conocimientos en cuanto a la atención del adulto mayor y la salud mental.

A modo de análisis del grupo de trabajo y evaluando la posibilidad de realizar un trabajo de intervención en el Hogar de Ancianos de manera interdisciplinaria nos realizamos una matriz FODA para conocer dónde debemos reforzarnos, cómo podemos mejorar y con qué herramientas contamos.

INTERNO	EXTERNO
<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de trabajo con ganas de trabajar y formarse en el cuidado del adulto mayor.</li> <li>Buena transferencia de los abuelos del hogar para con las médicas del equipo de trabajo.</li> <li>Médicas residentes en continua formación académica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ámbito laboral propicio dado por el apoyo del director del Hospital para la intervención en terreno.</li> <li>Apoyo desde el Municipio de Tandil que colabora con los recursos financieros para llevar a cabo el proyecto.</li> <li>Apoyo e incentivo por parte de la instructora y jefa de residentes.</li> <li>Equipo de trabajo interdisciplinario de APS funcionando en el Hospital.</li> </ul>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca experiencia en la atención y trabajo con el adulto mayor.</li> <li>Falta de reunión de equipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lugar de intervención en Localidad rural alejada de la sede de residencia.</li> <li>Poco tiempo disponible para concurrir al lugar de trabajo.</li> <li>Falta de encuentro de día en terreno entre las compañeras del proyecto dado que hay que cumplir con el resto de actividades de la residencia.</li> </ul>

## **BIBLIOGRAFIA:**

Cien Años de Vela, María Ignacia “, Julio Carreira, 1984.

Revista de psicopatología y psicología clínica, “Depresión en la vejez. Evaluación variables implicadas y relación con el Deterioro Cognitivo” Postigo J, Rodríguez j. Universidad de Castilla. Vol. 2 N°3 pp243-264, 1997.

Revista chilena de Neuropsicología, “Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa” Abarca, JC; Chino BN. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Comité científico de la Asociación Peruana de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2008. Pág. 7-14

Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. Cerquera A. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 7 No. 1 PP. 271-281 enero-abril 2008 ISSN 1657-9267.

Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra" Blanco L, Sotolongo O. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 29(1):64-75

Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit. 2007; 21(1):37-42

Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Varela P. ,Chávez J.. Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17(2) 2004. Perú.

La salud mental y los adultos mayores. Centro de Prensa. OMS 2015.  
<http://WWW.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

La salud del anciano. En: Rubinstein E. PROFAM. Terapéutica en Medicina Ambulatoria. Buenos Aires: Fund. MF medicina Familiar-Hospital Italiano. 2015.

Evaluación funcional del anciano. En: Adolfo Rubinstein. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. 2° ed. Editorial Panamericana. 2006. P 743-752

## ANEXOS:

### 1)ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA:

#### Escala de depresión geriátrica

1. ¿Está satisfecho con su vida?
2. ¿Ha dejado de hacer actividades de interés?
3. ¿Siente que su vida está vacía?
4. ¿Se aburre frecuentemente?
5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?
6. ¿Está preocupado porque algo malo pueda sucederle?
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
8. ¿Se siente, frecuentemente, sin nadie que lo ayude?
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?
10. ¿Cree Ud. que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente de su edad?
11. ¿Se siente feliz de estar vivo?
12. ¿Se siente inútil o inservible?
13. ¿Se siente con energías?
14. ¿Se siente desesperanzado?
15. ¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que Ud.?

### 2)MMT:

**ORIENTACIÓN:** 0: incorrecto; 1: correcto.  
1. Tiempo (máximo 5 puntos) Día..... Mes..... Año..... Día de la semana..... Estación.....  
2. Espacio (máximo 5 puntos) Psicodivisión..... Hospital..... Barrio..... Ciudad..... País.....

**MEMORIA:** 0: incorrecto; 1: un objeto correcto; 2: dos objetos correctos y 3: todos en orden.  
3. Recordar el nombre de tres objetos (máximo 3). Repetir la prueba hasta 3 veces si es necesario.  
Papel... Bicicleta... Cuchara...

**ATENCIÓN Y CÁLCULO:** 0: incorrecto; 1 por cada sustracción correcta.  
4. Contar hacia atrás (máximo 5). De 7 en 7 a partir de 100.  
93... 86... 79... 72... 65...

También puede pedirse al paciente que deletree en forma invertida una palabra de cinco letras (por ejemplo, *ápezi*).

**MEMORIA DIFERIDA:** 0: incorrecto; 1: igual al punto tres.  
5. Recordar los objetos del punto tres (máximo 3).  
Papel... Bicicleta... Cuchara...

**LENGUAJE:** 0: incorrecto; 1: correcto  
6. Denominar (señalando los objetos) (máximo 2) Reloj... Lápiz...  
7. Repetición de la frase (máximo 1): "ni no, ni sí, ni pero" o "el flan tiene frutillas y tambuesas".  
8. Comprensión verbal (máximo 3): "toma este papel con la mano derecha, dóblalo por la mitad y déjalo en el suelo".  
9. Lectura-comprensión (máximo 1): Se escribe en un papel una frase que el paciente debe leer y obedecer. Se le pide que lea y luego que haga lo que dice el papel. Ejemplo: "cierre los ojos".  
10. Escritura (máximo 1): Escribir una frase con verbo y sujeto, que tenga sentido.

**DIBUJO:** 0: incorrecto; 1: correcto  
11. Copia (máximo 1)



### 3) ENCUESTA PERSONAL

#### ENTREVISTA PERSONAL PERSONAS >65 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR DE ANCIANOS DE LA LOCALIDAD DE VELA:

- NOMBRE Y APELLIDO:
- EDAD:
- SEXO:
- ESCOLARIDAD:
  - Ausente
  - Primaria incompleta:
  - Primaria completa:
  - Superior:

#### RASTREO DE DEPRESION:

Responder por SI ó por No.

#### Escala de depresión geriatrica

1. ¿Está satisfecho con su vida?
2. ¿Ha dejado de hacer actividades de interés?
3. ¿Siente que su vida está vacía?
4. ¿Se aburre frecuentemente?
5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?
6. ¿Está preocupado porque algo malo pueda sucederle?
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
8. ¿Se siente, frecuentemente, sin nadie que lo ayude?
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?
10. ¿Cree Ud. que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente de su edad?
11. ¿Se siente feliz de estar vivo?
12. ¿Se siente inútil o inservible?
13. ¿Se siente con energías?
14. ¿Se siente desesperanzado?
15. ¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que Ud.?

Respuestas depresivas: NO en los puntos 1, 5, 7, 11 y 13. SI en las restantes. Cada una de las respuestas depresivas corresponde a un punto. Se considera que el test es negativo si las respuestas depresivas suman hasta 5 puntos. Un valor de 6 a 10 es sugestivo de depresión moderada y uno superior a 11, de depresión severa.

**ORIENTACIÓN:** 0: incorrecto; 1: correcto.

1. Tiempo (máximo 5 puntos) Día... Mes... Año... Día de la semana... Estación...

2. Espacio (máximo 5 puntos) Piso/departamento... Hospital... Barrio... Ciudad... País...

**MEMORIA:** 0: incorrecto; 1: un objeto correcto; 2: dos objetos correctos y 3: todos en orden.  
3. Recordar el nombre de tres objetos (máximo 3). Repetir la prueba hasta 3 veces si es necesario.

Papel... Bicieta... Cuchara...

**ATENCIÓN Y CÁLCULO:** 0: incorrecto; 1 por cada sustracción correcta.

4. Contar hacia atrás (máximo 5). De 7 en 7 a partir de 100.  
93... 86... 79... 72... 65...

También puede pedírsele al paciente que deletree en forma invertida una palabra de cinco letras (por ejemplo, lápiz).

**MEMORIA DIFERIDA:** 0: incorrecto; 1: igual al punto tres.

5. Recordar los objetos del punto tres (máximo 3).

Papel... Boleña... Cuchara...

**LENGUAJE:** 0: incorrecto; 1: correcto

6. Denominar (señalando los objetos) (máximo 2). Boloj... Lápiz...

7. Repetición de la frase (máximo 1): "ni no, ni sí, ni pero" o "al fin tiene frutas y tambuesas".

8. Comprensión verbal (máximo 3): "toma esta papel con la mano derecha, dóblalo por la mitad y dójalo en el suelo".

9. Lectura-comprensión (máximo 1): Se escribe en un papel una frase que el paciente debe leer y obedecer. Se le pide que lea y luego que haga lo que dice el papel. Ejemplo: "ciere los ojos".

10. Escritura (máximo 1): Escribir una frase con verbo y sujeto, que tenga sentido.

**DIBUJO:** 0: incorrecto; 1: correcto

11. Copia (máximo 1)



PUNTOS DE CORTE SEGÚN SEVERIDAD	
PUNTO DE CORTE	INTERPRETACION DEL RESULTADO
24-30	NORMAL O DCL
18-23	DCM
<17	DCS

PUNTOS DE CORTE SEGÚN NIVEL EDUCATIVO	
PUNTO DE CORTE	ESCOLARIDAD
8 O MENOS AÑOS DE ESCOLARIDAD	21
SECUNDARIA	23
TERCIARIA	24

PUNTOS DE CORTE SEGÚN LA EDAD DEL PACIENTE	
PUNTO DE CORTE	EDAD
40-49	28
50-59	26
60-69	25
70-79	25
80-89	24

RESULTADOS:

DEPRESION:

DETERIORO COGNITIVO: