

Volumen 3 - Número 2 - Abril/Junio 2017

100-Cs

ISSN 0719-5737

Portada: Felipe Maximiliano Estay Guerrero

CEPU ICAT

CENTRO DE ESTUDIOS Y PERFECCIONAMIENTO UNIVERSITARIO
EN INVESTIGACIÓN DE CIENCIA APLICADA Y TECNOLÓGICA

SANTIAGO — CHILE

100-Cs

CEPU ICAT

CUERPO DIRECTIVO

Director

Dr. Francisco Giraldo Gutiérrez
*Instituto Tecnológico Metropolitano,
Colombia*

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda
221 B Web Sciences, Chile

Secretario Ejecutivo y Enlace Investigativo

Héctor Garate Wamparo
Centro de Estudios CEPU-ICAT, Chile

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés

Lic. Paulinne Corthorn Escudero
221 B Web Sciences, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón
221 B Web Sciences, Chile

Diagramación / Documentación

Lic. Carolina Cabezas Cáceres
221 B Web Sciences, Chile

Portada

Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero
221 B Web Sciences, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Jaime Bassa Mercado

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Beatriz Cuervo Criales

*Universidad Autónoma de Colombia,
Colombia*

Mg. Mario Lagomarsino Montoya

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira

Universidad de La Coruña, España

Mg. Juan José Torres Najera

Universidad Politécnica de Durango, México

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Dr. Klilton Barbosa Da Costa

Universidad Federal do Amazonas, Brasil

Dr. Daniel Barredo Ibáñez

Universidad Central del Ecuador, Ecuador

Lic. Gabriela Bortz

*Journal of Medical Humanities & Social
Studies of Science and Technology, Argentina*

Dr. Fernando Campos

*Universidad Lusofona de Humanidades e
Tecnologias, Portugal*

Ph. D. Juan R. Coca

Universidad de Valladolid, España

Dr. Jairo José Da Silva

Universidad Estatal de Campinas, Brasil

Dr. Carlos Tulio Da Silva Medeiros

Instituto Federal Sul-rio-grandense, Brasil

100-Cs

CEPU ICAT

Dra. Cira De Pelekais

*Universidad Privada Dr. Rafael Beloso Chacín
URBE, Venezuela*

Dra. Hilda Del Carpio Ramos

Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Perú

Dr. Andrés Di Masso Tarditti

Universidad de Barcelona, España

Dr. Jaime Fisher y Salazar

Universidad Veracruzana, México

Dra. Beatriz Eugenia Garcés Beltrán

Pontificia Universidad Bolivariana, Colombia

Dr. Antonio González Bueno

Universidad Complutense de Madrid, España

Dra. Vanessa Lana

Universidade Federal de Viçosa - Brasil

Dr. Carlos Madrid Casado

Fundación Gustavo Bueno - Oviedo, España

Dr. Luis Montiel Llorente

Universidad Complutense de Madrid, España

Dra. Layla Michan Aguirre

*Universidad Nacional Autónoma de México,
México*

Dra. Marisol Osorio

Pontificia Universidad Bolivariana, Colombia

Dra. Inés Pellón González

Universidad del País Vasco, España

Dr. Osvaldo Pessoa Jr.

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dr. Santiago Rementería

Investigador Independiente, España

Dr. Francisco Texiedo Gómez

Universidad de La Rioja, España

Dra. Begoña Torres Gallardo

Universidad de Barcelona, España

Dra. María Ángeles Velamazán Gimeno

Universidad de Zaragoza, España

CEPU – ICAT

Centro de Estudios y Perfeccionamiento
Universitario en Investigación
de Ciencia Aplicada y Tecnológica
Santiago – Chile

100-Cs CEPU ICAT

Indización

Revista 100-Cs, se encuentra indizada en:



CATÁLOGO



MIAR 2015
Live



CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICA

**RELACIÓN ENTRE NIVEL FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES DEL SUR DE CHILE**

**RELATIONSHIP BETWEEN LEVEL OF FUNCTIONALITY AND DEPRESSION
IN THE ELDERLY IN THE SOUTH OF CHILE**

Dr. Alex Véliz Burgos

Universidad de Los Lagos, Chile
alex.veliz@ulagos.cl

Mg. Anita Dörner Paris

Universidad de Los Lagos, Chile
anitapatricia.dorner@ulagos.cl

Drda. Silvia Laura Vargas López

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México
silvialauravl@hotmail.com

Fecha de Recepción: 10 de marzo de 2017 – **Fecha de Aceptación:** 30 de marzo de 2017

Resumen

El presente estudio buscó establecer una relación entre nivel de funcionalidad y depresión en un grupo de adultos mayores. Se realizó un estudio descriptivo, en el cual participaron 286 adultos mayores, 157 mujeres y 129 varones (M= 72,6 años, DT 3,8 años). Se les aplicó el EFAM un cuestionario utilizado para evaluar el riesgo de perder funcionalidad en la adultez mayor y una escala de depresión geriátrica. Los resultados indican que el 85,6% se encuentra en el subtipo de autovalencia funcional. Del total de AM evaluados, el 47,6% se encuentra dentro de la categoría de AM *autovalente*. 38,1% en el subtipo *autovalente* con riesgo de dependencia y 14,3% con dependencia funcional. Los puntajes promedios de los *autovalentes* de 2,86 (dt = 2,10), los *autovalentes* con riesgo 5,00 (dt = 3,28) y dependientes 6,00 (dt = 3,32). La clasificación que arroja el EFAM sería un potencial predictor de síntomas depresivos. Por lo tanto, se debe realizar un proceso de acompañamiento que permita a los AM generar acciones preventivas y de autocuidado personal y social frente a los problemas de salud mental.

Palabras Claves

Adulto mayor – Nivel de funcionalidad – Depresión

Abstract

The present study sought to establish a relationship between level of function and depression in a group of older adults. A descriptive study was conducted in which 286 older adults, 157 women and 129 males (M = 72.6 years, DT 3.8 years). Applied it the EFAM a questionnaire used to assess the risk of losing functionality in more adult and geriatric depression scale. The results indicate that 85.6% lies in the active functional subtype. Of the total of evaluated AM, 47.6% is located within the category of AM self-reliant. 38.1% in the subtype self-reliant with risk of dependency and 14.3% with functional dependence. The *autovalentes* of 2.86 average scores (dt = 2.10), the *autovalentes* with risk 5.00 (dt = 3.28) and dependent 6.00 (dt = 3.32). The classification that throws the EFAM is a potential predictor of depressive symptoms. So it should be a process of accompaniment, allowing the AM to generate preventive actions and self-care, personal and social, the problems of mental health.

Keywords

Elderly – Level of functionality – Depression

Introducción

El envejecimiento es un proceso fisiológico normal irreversible que traduce una serie de cambios bio-psico-funcionales que lenta y progresivamente afectan la adaptabilidad de la persona a su entorno físico, ambiental y social, aumentando la vulnerabilidad del individuo, exponiéndolo a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, que menoscaban su salud y calidad de vida¹.

Es importante considerar que la vejez no es solamente un cambio fisiológico, como todas las etapas de la vida del ser humano son hechos sociales y psicológicos también. Y por ende las problemáticas de la vejez no son solamente debidas a las características propias de cada individuo o a las diferencias individuales que nos caracterizan como especie, sino que como bien dice Eisdorfer “el viejo no es ni más ni menos que una “víctima”, no sabemos si de la vida, de la ciencia o de la sociedad”². Por ello el envejecimiento siempre debe analizarse de manera pluridisciplinaria; en la actualidad se ha logrado prolongar la vida gracias a los avances de la Medicina, pero aún no estamos preparados socialmente para que se viva de manera plena y digna. Es innegable que esta etapa implica una mayor probabilidad de contraer enfermedades, así como experiencias de vida que limitan la calidad de vida, pero no es solamente por factores de tipo fisiológico, sino en gran medida por factores de tipo social, económico, laboral, etc.

De acuerdo al Censo de 2002, en Chile las personas mayores de 60 años representaron el 11% de la población total del país. Según proyecciones en los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, proyectándose que para el año 2025 la población de adultos mayores representará el 20% de la población del país³. Al mismo tiempo, la expectativa de vida de las personas mayores de 60 años ha aumentado a 20 años para los hombres y 24 años para las mujeres⁴. Esto se debe en gran medida a un conjunto de políticas públicas que comienzan a fomentar políticas sociales, socioculturales, económicas y de salud asociadas a la adultez mayor⁵.

Ahora bien, la mayor longevidad de la población, lleva también a una serie de desafíos para las personas y para los organismos de salud pues se desarrollan

¹ Serrano, M.; Allegri, R.; Caramelli, P.; Taragano, F. & Camera, L. Deterioro cognitivo leve: encuesta sobre actitudes de médicos especialistas y generalistas. *Revista Argentina de Medicina*, 67 (3) (2007) 19-25.

² R. Fernández-Ballesteros, Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad, en M. Carretero; J. Palacios y A. Marchesi [Comps] *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Colección Psicología y Educación (Madrid: Alianza Editorial, 1998), 239-240. El autor cita a Eisdorfer (1983).

³ Instituto Nacional de Estadística INE, Chile y los Adultos Mayores: impacto en la sociedad del 2000, Departamento Estadísticas Demográficas y Sociales, Departamento Estadísticas Demográficas y Sociales. Recuperado el 2 de octubre del sitio web instituto nacional de estadística chileno, http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf (2007).

⁴ Instituto Nacional de Estadística INE, Una visión demográfica (Santiago: INE, 2004).

⁵ Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud, Departamento de Economía de la Salud- MINSAL & División de Planificación Regional de MIDEPLAN, Dependencia de los Adultos Mayores en Chile, Gobierno de Chile. 2008. Recuperado el 12 de septiembre de 2011 del sitio web de la superintendencia de salud chilena <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-4393.html>.

problemáticas que afectan el diario vivir de los adultos mayores⁶. Según De León⁷, entre ellos además de los componentes físicos, los procesos cognitivos son extraordinariamente variados y complejos, y la afectación de cada uno de esos procesos en la vejez deben analizarse de manera específica, pues las afectaciones son diferentes; para dicho autor es importante distinguir entre las siguientes funciones cognitivas: atención, lenguaje, memoria, habilidades constructivas, funciones cognitivas superiores y funciones superiores de control mental.

Dada la importante prevalencia de la demencia a nivel mundial y nacional, y su correlación con la edad avanzada, siendo esta franja etaria la de más rápido crecimiento en los últimos años, se han concentrado esfuerzos en realizar investigaciones epidemiológicas y clínicas, en relación al envejecimiento cerebral y/o deterioro cognitivo normal y patológico⁸. Una expresión de estos trabajos son los perfiles neurocognitivos, que buscan establecer el nivel de respuesta funcional (sensorial, motor y de independencia), neuropsicológico y cortical del adulto mayor⁹. En este sentido, la evaluación neurocognitiva desempeña un rol crítico en la identificación del deterioro cognitivo normal y la presencia de demencia y en su diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta que la mayor parte de los síntomas que presentan los adultos mayores con deterioro normal y patológico son de orden neuropsicológico¹⁰.

De acuerdo a diferentes autores es normal que en la vejez se produzcan deterioros en el procesamiento, aprendizaje y recuperación de la nueva información, la solución de problemas y la rapidez de la respuesta¹¹. La queja de memoria aparece en el 70% de los sujetos añosos¹². Se evidencia un deterioro de los procesos cognitivos, especialmente de la *memoria* y las funciones ejecutivas, una persistencia en las respuestas previamente

⁶ J. Ortiz & M. Castro, Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. Ciencia y Enfermería, 15(1) (2009) 25-31 y O. Román; A. Badilla; A. Valenzuela; F. Cumsille & N. Rodríguez, Perfil del hipertenso adulto mayor tratado. Revista Médica de Chile, 130(6) (2002) 15-22.

⁷ M. Trápaga, Procesos cognoscitivos y envejecimiento: un aporte de las neurociencias en N. Asili, Vida Plena en la Vejez. México: Pax. 2004). Citando a De León (1997).

⁸ M. Sanhueza; M. Castro & J. Merino, Adultos mayores funcionales: un nuevo Concepto en salud. Ciencia y Enfermería, 11(2) (2005) 17-21 y E. Navarro; M. Calero; A. López; A. Gómez; I. Torres & M. Calero, Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. Escritos de Psicología, 2(1) (2008) 74-84.

⁹ A. Ardilla & M. Rosselli, Neuropsicología clínica. Bogotá: Editorial Manual Moderno. 2007; C. Albala; H. Sánchez & A. Fuentes, Evaluación funcional del adulto mayor en Isapres. Informe Final EFAM Beneficiarios Isapres. 2007. Recuperado el 12 de septiembre de 2011 del sitio web de la superintendencia de salud chilena <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-4393.html> y J. González; D. Galdames & S. Oporto, Perfiles diagnósticos y epidemiológicos en una Unidad de Memoria. Revista Médica de Chile, 133 (3) (2005) 789-794.

¹⁰ O. Almkvist; G. Brane & A. Hohanson, Neuropsychological assessment of dementia: State of the art. Acta Neurological Scandinavica, 168(supl) (1996) 45-49.

¹¹ M. Bentosela & A. Mustaca, E. Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. Revista Interdisciplinaria, 22(2) (2005) 211-235 P. Galbán; J. Félix; S. Soberats; A. Díaz; M. Carrasco & T. Oliva, Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Revista Cubana de Salud Pública, 33(1) (2007) 23-28.

¹² B. Laurent; R. F. Allegri & C. Thomas-Anterion, La memoria y el envejecimiento. En C. A. Mangone, R. F. Allegri, R. L. Arizaga & J. A. Ollari (Eds.), "Demencias: Enfoque multidisciplinario" (Buenos Aires: Ediciones Sagitario, 1997).

aprendidas y una desregulación frente a situaciones de estrés¹³. Pero el efecto más claro de este retroceso es quizás la alteración de la corteza prefrontal¹⁴. Este hallazgo se infiere a partir de los resultados de las técnicas de diagnóstico por imágenes funcionales, que se han observado en personas mayores: la existencia de una correlación entre el deterioro del procesamiento de la información contextual y la activación anormal de la corteza prefrontal¹⁵. Según éstos, los cambios cognitivos del envejecimiento están relacionados con la declinación del sistema de proyección dopaminérgica a la corteza prefrontal, involucrado en la representación, mantenimiento y evocación de la información contextual. Además, el envejecimiento incluye síntomas característicos de las lesiones prefrontales, tales como perseveración, impulsividad y juicio pobre, como así también una dificultad en la recuperación del ordenamiento temporal de los recuerdos¹⁶. Estos deterioros son independientes del déficit de memoria declarativa propio de la alteración del lóbulo temporal¹⁷.

La senectud de la población implica una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que se traducen en una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia de los adultos mayores¹⁸. Una de las causas que provoca mayor incapacidad en este grupo etario corresponde al deterioro de las funciones cognitivas, puesto que ocasiona una problemática socioasistencial, donde el adulto mayor adquiere mayor dependencia de sus redes de apoyo, incluyendo tanto a la comunidad a la que pertenece como a su propia familia¹⁹. Estas funciones cognitivas corresponden a las actividades mentales que lleva a cabo el individuo al relacionarse con el ambiente que le rodea y resolver problemas. Diversos factores afectan a las manifestaciones neurocognitivas en la vejez, entre ellos la nutrición, estados de salud previos, estilos de vida, oportunidades educacionales, ocupacionales y socioculturales²⁰.

Este deterioro cognitivo se ha asociado además a alteraciones cuantitativas y cualitativas en estudios de neuroimágenes, así como a factores de riesgo biológicos y ambientales, que apoyan la hipótesis de que se trata de estadios iniciales de demencia en

¹³ A. Lobo; P. Saz & J. F. Roy, Deterioro cognoscitivo en el anciano, Hospital Clínico Universitario y Universidad de Zaragoza. *Revista de Neuropsiquiatría Española*, 12(3) (2008) 23-28 y G. González; P. Marín & G. Pereira, Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Revista Médica de Chile*, 129(9) (2001) 11-17.

¹⁴ A. Donoso; P. Venegas; C. Villarroel & V. Vásquez, Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 39(3) (2001), 15-26 y A. Donoso, La enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41(supl.2), (2003) 13-20.

¹⁵ T. S. Braver & D. M. Barch, A theory of cognitive control, aging cognition, and neuromodulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26(7) (2002) 809-817.

¹⁶ J. Butman, La cognición social y la corteza cerebral. *Revista Neurológica Argentina*, 26(2) (2001) 117-122.

¹⁷ G. Schoenbaum; S. Nugent; M. P. Saddoris & M. Gallagher, Teaching old rats new tricks: Age related impairments in olfactory reversal learning. *Neurobiology of Aging*, 23(2) (2002) 555-564.

¹⁸ A. Lobo; P. Saz & J. F. Roy, Deterioro cognoscitivo en el anciano...; R. Campillo; M. González & A. González, Morbilidad cardiovascular en el adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 17(6) (2001) 34-39 y Cepal, Serie Seminarios y conferencias. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Seminario técnico. Publicación de las Naciones Unidas, 92(1) (2000) 21-32.

¹⁹ M. Abreu, Una mirada al envejecimiento de la población. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 6(2) (2009) 12-18 y M. Vera, Significado de la Calidad de Vida del Adulto Mayor por sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3) (2007) 284 – 290.

²⁰ M. Trápaga, Procesos cognoscitivos y envejecimiento: un aporte...

una gran proporción de casos. Idea que se apoya además en estudios de anatomía patológica que muestran que un porcentaje importante de pacientes con deterioro cognitivo inicial tienen depósitos neurofibrilares, placas neuríticas y severa disminución neuronal a nivel de hipocampo y corteza entorrinal, compatibles con el diagnóstico patológico de enfermedad de Alzheimer²¹.

Además de los problemas de deterioro cognitivo, en las personas mayores con envejecimiento saludable, aquellos con deterioro cognitivo leve y los demenciados, existen dificultades expresadas por diferentes condiciones, como la depresión, los estados confusionales y los trastornos psiquiátricos²². Por ello es fundamental que si se quiere una vejez más competente en nuestro mundo moderno, se trabaje en modelos de actuación con énfasis en los aspectos positivos, sea que el sujeto viva un envejecimiento sano o uno patológico, se requiere que como sociedad incrementemos los apoyos sociales y físicos del ambiente; que se tengan actuaciones de prevención desde una intervención de contextos sociales amplios: comunidad, sistemas sociales y el ambiente en su conjunto. Se debe actuar desde la doble vía sujeto- comunidad. Desde el sujeto potenciando capacidades para enfrentar problemas y situaciones adversas y desde la comunidad mejorando las redes de comunicación social y apoyo para favorecer la adaptación²³.

En general, se considera que es “normal” que aquellos ancianos afectados por enfermedades cerebrales que disminuyen el rendimiento cognitivo sufran alteraciones emocionales y se encuentren depresivos. La tendencia se acentúa si se considera que el deterioro cognitivo es “normal” en edades avanzadas. Estas atribuciones erróneas conducen a un nihilismo terapéutico que afecta significativamente la calidad de vida de los ancianos, cuando no la duración misma de la vida²⁴.

Clínicamente los síntomas depresivos y cognitivos se pueden presentar con diferente intensidad. Las alteraciones del estado de ánimo se pueden manifestar desde los síntomas depresivos aislados, pasando por las reacciones depresivas y distimias, hasta los episodios depresivos graves. Los trastornos cognitivos pueden reflejarse únicamente en forma de quejas subjetivas de pérdida de memoria, o manifestarse en distintos grados de deterioro cognitivo, antes de llegar a constituir una demencia franca. La combinación de ambos tipos de síntomas con sus distintos niveles de intensidad dentro de una misma patología, la posible coexistencia de los dos trastornos y la posibilidad de paso de un trastorno al otro constituyen retos estimulantes en la clínica y en la investigación²⁵.

Según Franco y Monforte²⁶ la distribución porcentual de las personas mayores que presentan cuadros depresivos sería la siguiente: viviendo en comunidad 10%, en

²¹ J. Morris; D. Keel & M. Storand, Very Mild Alzheimer disease: informant-based clinical, psychometric and pathological distinction for normal aging. *Neurology*, 41(3) (1991) 469-78.

²² M. Sarró; A. Ferrer; Y. Rando; F. Formiga & S. Rojas, Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Revista de Medicina de Familia Semergen* (2013).

²³ R. Fernández-Ballesteros, Hacia una vejez competente...

²⁴ N. Miller, The measurement of mood in senile brain disease: examiner ratings and self-reports. En: J. O. Cole y J. E. Barret (New York: edit. Raven, 1980).

²⁵ L. Aguera, Demencia y depresión: una interrelación multifactorial. En: Palomo, T. Beninger, R. Jimenez, M. Borrell, J. Archer, T. Editores. *Avances neurocientíficos y realidad clínica (IV)*: Madrid: 2001.

²⁶ M. A. Franco y J. A. Monforte, “¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano?”, en A. Calcedo (ed): *La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales* (Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996).

residencias 15% al 35%, hospitalizados 10% al 20%, en tratamientos por problemas somáticos 40%, hospitalizados en unidades psiquiátricas 50%. Si consideramos el inicio del cuadro depresivo, autores como Murphy²⁷, Rivard²⁸ y Baldwin²⁹, consideran que un inicio después de los 60 años pronostica una respuesta menos favorable, un curso más crónico y un riesgo mayor de desarrollar demencia. Otro factor muy importante a considerar es el hecho que un 75% de las personas que se suicidan presentan un cuadro de depresión. En cifras la tasa media mundial actual de suicidios es de 13 por 100.000 habitantes.

La población geriátrica padece una alta incidencia de trastornos que asocian síntomas depresivos y deterioro cognitivo. Así por ejemplo, la incidencia de depresión secundaria a enfermedad de Parkinson se ha estimado en torno al 40%³⁰, la prevalencia de síndrome depresivo post-ictus entre un 30 y un 50%³¹ y la incidencia de depresión secundaria a enfermedad de Alzheimer entre el 10 y el 20%³².

El deterioro cognitivo puede dificultar la identificación de los síntomas depresivos por parte del paciente. Cuando se interroga a los familiares sobre síntomas depresivos, la prevalencia aumenta hasta el 85%³³.

La relación entre depresión y demencia se puede sintetizar en tres supuestos clínicos. El más frecuente, el desarrollo de un episodio depresivo en un paciente con una demencia ya establecida. Otra posibilidad es la presencia en el curso de un episodio depresivo primario de quejas subjetivas de fallos cognitivos que pueden confundirse con una demencia. Por último, se ha sugerido que un episodio depresivo, especialmente si produce un deterioro cognitivo significativo, puede constituir la manifestación clínica más precoz de una demencia degenerativa.

Realizar un perfil funcional implica profundizar sobre las áreas de mayor demanda y preocupación para los sistemas de salud, las políticas públicas y la propia población de adultos mayores; puesto que aborda los niveles funcionales motores, arrojando datos acerca del índice de impedimento motor y autovalencia física y funcional, así como otros datos de importancia para la salud física y mental del adulto mayor. Esta información en Chile es a través de la "Evaluación Funcional del Adulto Mayor" (EFAM-Chile). Este instrumento brinda información acerca del estado funcional-mental-cognitivo de la población mayor.

²⁷ E. Murphy, The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry*; 142 (1983) 111-119.

²⁸ M. F. T. Rivard, Pharmacotherapy of affective disorders in old age. *Can J Psychiatry*; 42 (supl.1) (1997) 10-18.

²⁹ R. C. Baldwin y D. J. Jolley, The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry*; 149 (1986) 574-583.

³⁰ J. Cummings, Depression and Parkinson's disease: a review. *Revista Psiquiatría*, 149(3) (1992) 43-49.

³¹ S. Starkstein & R. Robinson, Affective disorders and cerebral vascular disease. *Revista de Psiquiatría*, 154(3) (2002) 170-182.

³² B. Mulsant; B. Pollock; R. Nebes & C. Hoch, III CHF. Depresión en la enfermedad de Alzheimer. En: *Avances en la enfermedad de Alzheimer y estados similares* (Barcelona: Ediciones Médicas, 1998).

³³ B. Mulsant; B. Pollock; R. Nebes & C. Hoch, III CHF. Depresión en la enfermedad...

Objetivo del estudio

Identificar si existe relación entre nivel de funcionalidad y depresión en adultos mayores del sur de Chile.

Método

El diseño es no experimental, pues no existe manipulación de variables. Este tipo de diseño puede considerarse robusto en los aspectos de validez externa de situación o validez ecológica puesto que la aplicación de los instrumentos se ha realizado de la manera menos intrusiva posible, en el contexto en que participan los adultos mayores regularmente.

Participantes

Los participantes fueron 286 AM, 157 mujeres y 129 varones, rango etario de 60 a 91 años (M= 72,6 años, DT 3,8 años) de ciudades del sur de Chile. La selección de los participantes fue intencionada utilizándose el criterio de la accesibilidad a los centros de reunión de los clubes de adulto mayor y voluntariedad de las personas por participar del estudio.

Procedimiento

Durante el primer semestre del año 2013, se tomó contacto con dirigentes de clubes del adulto mayor. Se les explicó los objetivos del estudio y se les invitó a participar a ellos y a los miembros de cada club del adulto mayor. La participación fue voluntaria y cada adulto mayor firmó una carta de consentimiento informado previo a la evaluación. Las pruebas fueron administradas por evaluadores entrenados y supervisados directamente por los participantes del equipo de investigación en cada sector de aplicación.

Instrumentos

La EFAM es un cuestionario utilizado anualmente para evaluar el riesgo de perder funcionalidad de todos los AM con una edad igual o superior a 60 años. Permite detectar los factores de riesgo de los AM, y no debe ser aplicado a quienes a simple vista parezcan discapacitados. Éste clasifica a los AM en: autovalentes, autovalentes con riesgo de perder funcionalidad y dependientes.

Este cuestionario está dividido en dos partes (A y B). La primera determina si el AM es autovalente o dependiente. En ella se evalúa la capacidad de realizar distintas actividades de la vida diaria, se aplica Minimental abreviado para valorar cognición, se considera los años de escolaridad alcanzado por el AM y se realizan acciones motoras que evalúan motricidad.

En caso de obtener un puntaje menor a 43 puntos, el AM se considera dependiente. Si es mayor o igual a este puntaje, se procede a aplicar la parte B del cuestionario, la cual se centra en evaluar la presión arterial, la presencia o ausencia de diabetes, conocer los hábitos de lectura y estado emocional del AM. Tras la aplicación de la parte B, si se obtiene un puntaje mayor o igual a 45, el AM se considera autovalente. Si el puntaje es menor, se considera que existe riesgo de perder funcionalidad.

Escala de depresión geriátrica

Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo

La escala entrega tres categorías de acuerdo al puntaje obtenido por las personas mayores: 0 a 10 puntos adulto mayor normal, 11 a 22 puntos adulto mayor con depresión moderada, 23 a 30 puntos: adulto mayor con depresión severa.

Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS). La versión utilizada fue 20.0. Los análisis realizados consistieron en un estudio exploratorio de datos que permitió obtener los niveles de funcionalidad de las personas mayores y el puntaje obtenido en la escala de depresión geriátrica en las dimensiones evaluadas, además de media, desviación típica, frecuencia. Se aplicaron además pruebas t student y anova para verificar las diferencias de grupo en las variables medidas.

Resultados

Una caracterización descriptiva de la distribución de los AM evaluados por la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), donde se obtienen tres subtipos que arroja el instrumento: Autovalente, Autovalente con riesgo de dependencia y Dependiente³⁴.

Sub tipos EFAM	Género		Totales
	Femenino	Masculino	Acumulados
Autovalente	72	64	136
Autovalente con riesgo	60	49	109
Dependiente	25	16	41
Totales	157	129	286

Tabla 1
Clasificación de los adultos mayores de acuerdo a los subtipos del EFAM

En la tabla 1, aparece la distribución de Adultos Mayores (AM) de acuerdo a la clasificación funcional (motora y cognitiva) que realiza la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM). La mayoría de AM se encuentra en el subtipo de la autovalencia funcional (245 de 286 AM evaluados), con una dominancia significativa de mujeres participantes (157 mujeres, respecto de 129 hombres). Del total de AM evaluados, 136 se encuentran dentro de la categoría de AM autovalente. 109 en el subtipo autovalente con riesgo de dependencia y sólo 41 casos ubicados en el tercer subtipo, dependencia funcional.

Utilizando la clasificación obtenida en el EFAM se verifican los puntajes promedios de cada grupo en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

³⁴ J. Silva, Evaluación Funcional Adulto Mayor EFAM-Chile. Revista Médica de Chile, 133(2) (2001) 789-794.

	N	Medias	Desv. típica	Mínimo	Máximo
Autovalente	136	2,8642	2,10210	,00	9,00
Autovalente con riesgo	109	5,0000	3,28634	,00	13,00
Dependiente	41	6,0000	3,32666	2,00	14,00
Total	286	4,2022	3,07599	,00	14,00

Tabla 2

Resultados Puntuación en Depresión Geriátrica en AM de acuerdo a subtipos del EFAM

De acuerdo a la tabla 2, Los autovalentes presentan puntajes menores en promedio en la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que se traduce en ausencia de depresión o estados emocionales normales, respecto de otros dos grupos de AM, muy cercanos entre ellos, limítrofes a estados de depresión leve y establecida, respectivamente.

Se realiza la prueba Anova para revisar diferencias estadísticas entre las medias de los puntajes de la prueba de Depresión en los grupos de AM.

Anova	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Inter-grupos	287,213	2	143,606	18,11	,000
Intra-grupos	1387,506	175	7,929	2	
Total	1674,719	177			

Tabla 3

Resultados diferencia de grupos en función de los puntajes en la prueba depresión geriátrica con Anova

De acuerdo a la tabla 3, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de los grupos. Se efectúa una prueba adicional mediante un análisis Post hoc para detectar donde se encuentra la mayor diferencia.

(I) EFAM	Categoría (J) EFAM	Categoría	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Autovalente	Dependiente	Autovalente	-3,13580*	,64152	,000
		Autovalente con riesgo	-2,13580*	,46711	,000
Autovalente con riesgo	Dependiente	Autovalente	-1,00000	,72154	,355
		Autovalente con riesgo	2,13580*	,46711	,000
Dependiente	Autovalente con riesgo	Autovalente	1,00000	,72154	,355
		Autovalente	3,13580*	,64152	,000

Tabla 4

Comparaciones múltiples entre subtipos EFAM y puntuaciones depresión geriátrica con post hoc

En la tabla 4, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos por los AM autovalentes en la escala de depresión geriátrica de Yesavage, respecto a los otros grupos. El puntaje promedio de 2,8642 de los AM autovalentes, frente a 5,0 de los AM autovalentes con riesgo de dependencia y 6, en los autovalentes, obliga a la formación de diferencias entre dos grupos de adultos mayores. Es decir, que los AM con riesgo y los dependientes forman un grupo, en su mayoría con depresión leve y establecida, mientras que los AM autovalentes conforman el segundo grupo, sin depresión.

En cuanto a la depresión, la clasificación que arroja el EFAM es un predictor de desempeño en la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en el grupo de adultos mayores chilenos. El estado emocional de los AM autovalentes se encuentra ausente de depresión. En cambio, entre autovalentes con riesgo y dependientes se descubren signos de depresión leve (autovalentes con riesgo) y moderada (dependientes), que tienden a agruparse entre ellas. Por otro lado, las diferencias de medias en la escala de depresión en los AM, expone unas diferencias exclusivas entre autovalentes y dependientes, uniendo a éste último a los autovalentes con riesgo. Los puntajes promedios de los autovalentes de 2,86 (dt = 2,10), los autovalentes con riesgo 5,00 (dt = 3,28) y dependientes 6,00 (dt = 3,32) evidencia diferencias significativas solamente entre dos grupos. Donde los AM con riesgo y los dependientes forman un grupo, en su mayoría con depresión leve y establecida, y por otro lado los AM autovalentes conformando el segundo grupo, de AM sin depresión.

Conclusiones

La clasificación que arroja el EFAM sería un potencial predictor de síntomas depresivos. Por lo tanto, se debe realizar un proceso de acompañamiento que permita a los AM generar acciones preventivas y de autocuidado personal y social frente a los problemas de salud mental. Esto es un desafío para los equipos de salud, puesto que se deben realizar diagnósticos oportunos que permitan mejorar los niveles de bienestar de las personas y con ello favorecer su calidad de vida.

Respecto a la escolaridad y los subtipos del EFAM, el nivel educativo básico, medio y superior es un predictor de desempeño de los AM en los puntajes bajos, medios y altos en las pruebas aplicadas y la escala de depresión. Los grupos de escolaridad se diferencian estadísticamente significativos con los desempeños promedios en las mediciones neurocognitivas. Es decir, la escolaridad es un predictor de desempeño de los adultos mayores en las pruebas neuropsicológicas. Además, se valida la hipótesis de investigación que plantea la existencia de una relación entre el nivel educacional de los adultos mayores evaluados y la sintomatología depresiva.

Referencias

Abreu, M. Una mirada al envejecimiento de la población. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana, 6(2) (2009) 12-18.

Aguera, L. Demencia y depresión: una interrelación multifactorial. En: Palomo, T. Beninger, R. Jimenez, M. Borrell, J. Archer, T. Editores. Avances neurocientíficos y realidad clínica (IV): Madrid: 2001.

Albala, C.; Sánchez, H. & Fuentes, A. Evaluación funcional del adulto mayor en Isapres. Informe Final EFAM Beneficiarios Isapres. 2007. Recuperado el 12 de septiembre de 2011 del sitio web de la superintendencia de salud chilena <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-4393.html>.

Almkvist, O.; Brane, G. & Hohanson, A. Neuropsychological assessment of dementia: State of the art. *Acta Neurological Scandinavica*, 168(supl) (1996) 45-49.

Ardilla, A. & Rosselli, M. Neuropsicología clínica. Bogotá: Editorial Manual Moderno. 2007.

Baldwin, R. C. y Jolley, D. J. The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry*; 149 (1986) 574-583.

Bentosela, M. & Mustaca, A. E. Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Revista Interdisciplinaria*, 22(2) (2005) 211-235.

Braver, T. S. & Barch, D. M. A theory of cognitive control, aging cognition, and neuromodulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26(7) (2002) 809-817.

Butman, J. La cognición social y la corteza cerebral. *Revista Neurológica Argentina*, 26(2) (2001) 117-122.

Campillo, R.; González, M. & González, A. Morbilidad cardiovascular en el adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 17(6) (2001) 34-39.

Cepal. Serie Seminarios y conferencias. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Seminario técnico. Publicación de las Naciones Unidas, 92(1) (2000) 21-32.

Cummings, J. Depression and Parkinson's disease: a review. *Revista Psiquiatría*, 149(3) (1992) 43-49.

Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud, Departamento de Economía de la Salud- MINSAL & División de Planificación Regional de MIDEPLAN, Dependencia de los Adultos Mayores en Chile, Gobierno de Chile. 2008. Recuperado el 12 de septiembre de 2011 del sitio web de la superintendencia de salud chilena <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-4393.html>.

Donoso, A.; Venegas, P.; Villarroel, C. & Vásquez, V. Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 39(3) (2001), 15-26.

Donoso, A. La enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41(supl.2), (2003) 13-20.

Fernández-Ballesteros, R. Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad, en M. Carretero; J. Palacios y A. Marchesi [Comps] *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Colección Psicología y Educación. Madrid: Alianza Editorial. 1998.

Franco, M. A. y Monforte, J. A. “¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano?”, en A. Calcedo (ed): La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales (Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996).

Galbán, P.; Félix, J.; Soberats, S.; Díaz, A.; Carrasco, M. & Oliva, T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Revista Cubana de Salud Pública, 33(1) (2007) 23-28.

González, J.; Galdames, D. & Oporto, S. Perfiles diagnósticos y epidemiológicos en una Unidad de Memoria. Revista Médica de Chile, 133 (3) (2005) 789-794.

González, G.; Marín, P. & Pereira, G. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. Revista Médica de Chile, 129(9) (2001) 11-17.

Instituto Nacional de Estadística INE. Una visión demográfica. Santiago: INE. 2004.

Instituto Nacional de Estadística INE. Chile y los Adultos Mayores: impacto en la sociedad del 2000, Departamento Estadísticas Demográficas y Sociales, Departamento Estadísticas Demográficas y Sociales. Recuperado el 2 de octubre del sitio web instituto nacional de estadística chileno, http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf (2007).

Laurent, B.; Allegri, R. F. & Thomas-Anterion, C. La memoria y el envejecimiento. En C. A. Mangone, R. F. Allegri, R. L. Arizaga & J. A. Ollari (Eds.), “Demencias: Enfoque multidisciplinario”. Buenos Aires: Ediciones Sagitario. 1997.

Lobo A.; Saz P. & Roy J. F. Deterioro cognoscitivo en el anciano, Hospital Clínico Universitario y Universidad de Zaragoza. Revista de Neuropsiquiatría Española, 12(3) (2008) 23-28.

Murphy, E: The prognosis of depression in old age. Br J Psychiatry; 142 (1983) 111-119.

Miller, N. The measurement of mood in senile brain disease: examiner ratings and self-reports. En: Cole J. O. y Barret, J. E. New York: edit. Raven. 1980.

Morris, J.; Keel, D. & Storand, M. Very Mild Alzheimer disease: informant-based clinical, psychometric and pathological distinction for normal aging. Neurology, 41(3) (1991) 469-78.

Mulsant, B.; Pollock, B.; Nebes, R. & Hoch, C. III CHF. Depresión en la enfermedad de Alzheimer. En: Avances en la enfermedad de Alzheimer y estados similares. Ediciones Médicas: Barcelona. 1998.

Navarro, E.; Calero, M.; López, A.; Gómez, A.; Torres, I. & Calero, M. Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. Escritos de Psicología, 2(1) (2008) 74-84.

Ortiz, J. & Castro, M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. Ciencia y Enfermería, 15(1) (2009) 25-31.

Rivard, M. F. T. Pharmacotherapy of affective disorders in old age. *Can J Psychiatry*; 42 (supl.1) (1997) 10-18.

Román, O.; Badilla, A.; Valenzuela, A.; Cumsille, F. & Rodríguez, N. Perfil del hipertenso adulto mayor tratado. *Revista Médica de Chile*, 130(6) (2002) 15-22.

Sanhueza, M.; Castro, M. & Merino, J. Adultos mayores funcionales: un nuevo Concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11(2) (2005) 17-21.

Sarró, M.; Ferrer, A.; Rando, Y.; Formiga, F. & Rojas, S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Revista de Medicina de Familia Semergen* (2013).

Serrano, M.; Allegri, R.; Caramelli, P.; Taragano, F. & Camera, L. Deterioro cognitivo leve: encuesta sobre actitudes de médicos especialistas y generalistas. *Revista Argentina de Medicina*, 67 (3) (2007) 19-25.

Silva, J. Evaluación Funcional Adulto Mayor EFAM-Chile. *Revista Médica de Chile*, 133(2) (2001) 789-794.

Schoenbaum, G.; Nugent, S.; Saddoris, M. P. & Gallagher, M. Teaching old rats new tricks: Age related impairments in olfactory reversal learning. *Neurobiology of Aging*, 23(2) (2002) 555-564.

Starkstein, S. & Robinson, R. Affective disorders and cerebral vascular disease. *Revista de Psiquiatría*, 154(3) (2002) 170-182.

Trápaga, M. Procesos cognoscitivos y envejecimiento: un aporte de las neurociencias en N. Asili, *Vida Plena en la Vejez*. México: Pax. 2004.

Vera, M. Significado de la Calidad de Vida del Adulto Mayor por sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3) (2007) 284 – 290.

Para Citar este Artículo:

Véliz Burgos, Alex; Dörner Paris, Anita y Vargas López, Silvia Laura. Relación entre nivel funcionalidad y depresión en adultos mayores del sur de Chile. *100-Cs*. Vol. 3. Num. 2. Abril-Junio (2017), ISSN 0719-5737, pp. 53-65.



100-Cs

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **100-Cs**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista 100-Cs**.