

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA SEVERIDAD DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS Y LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES
GERIÁTRICOS DE LA CONSULTA DEL CREAM
(CENTRO REGIONAL PARA EL ESTUDIO DEL ADULTO
MAYOR), EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”**

POR

DRA. STEPHANIE DELGADO AGUILAR

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA SEVERIDAD DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS Y LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES
GERIÁTRICOS DE LA CONSULTA DEL CREAM
(CENTRO REGIONAL PARA EL ESTUDIO DEL ADULTO
MAYOR), EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”**

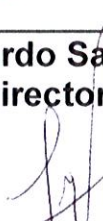
Aprobación de la tesis:



**Dra. Rocío Morales Delgado
Director de la tesis**



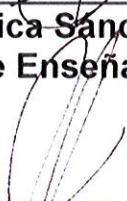
**Dr. Ricardo Salinas Martínez
Co-director de la tesis**



**Dr. med. Luis Adrián Rendón Pérez
Jefe de Servicio de Medicina Interna**



**Dra. Mónica Sánchez Cárdenas
Coordinadora de Enseñanza Medicina Interna**



**Dr. med. Juan Fernando Góngora Rivera
Coordinador de Investigación Medicina Interna**



**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado**

Índice

ANTECEDENTES GENERALES	
3	
OBJETIVOS	7
OBJETIVO PRIMARIO	7
OBJETIVOS SECUNDARIOS	7
HIPÓTESIS	8
HIPÓTESIS DE TRABAJO	8
JUSTIFICACIÓN	9
DISEÑO DEL ESTUDIO	10
POBLACIÓN DEL ESTUDIO	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	12
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	12
PROTOCOLO DE ESTUDIO	13
RECOLECCIÓN DE DATOS.	14
ASPECTOS ÉTICOS	16
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	17
TABLA DE VARIABLES	20
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	21
MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD	22
OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	23
BIBLIOGRAFÍA	24

Antecedentes Generales

La Depresión es la enfermedad de salud mental más prevalente en el mundo; representa un problema de salud pública creciente, esto lo vemos reflejado en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, las cuales estiman que afecta al 5% de la población mundial, representando aproximadamente 280 millones de personas (1, 2, 3).

La depresión en pacientes geriátricos tiene una prevalencia aproximada de 31% en el mundo, en el contexto de nuestro país se ha encontrado cifras variables en diversos estudios, que van desde un 13.2% hasta un 66%, dependiendo de diversos factores, como si los pacientes se encuentran hospitalizados, institucionalizados, etc. (4, 5).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental y la Asociación Americana de Psiquiatría, en su Manual de Diagnóstico y Estadística de trastornos mentales (DSM) en su quinta edición, este padecimiento se engloba dentro de los trastornos del estado de ánimo; entre sus características se encuentran estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer por actividades las cuales previamente disfrutaba, tristeza profunda, desesperanza, sentimientos de inutilidad, culpabilidad excesiva, además de síntomas como fatiga, alteraciones del patrón del sueño, cambios en el apetito, cambios en el peso, bradipsiquia; también presenta afectación en la esfera cognitiva, la cual se ve reflejada con dificultades para mantener la atención por períodos prolongados, olvidos frecuentes, dificultad para la toma de decisiones o deficiencias en el juicio. Esta sintomatología se presenta durante al menos 2 semanas, y representa un cambio de su funcionamiento previo, interfiriendo con sus actividades diarias, como dormir, comer o trabajar. (6, 7).

Podemos observar que la depresión corresponde a una enfermedad con etiología multifactorial, en donde vemos reflejada la compleja interacción de la esfera social, psicológica y física en el ser humano, ya que entre sus factores de riesgo se encuentran: el factor genético, ya que se ha observado mayor presencia de este trastorno entre pacientes con familiares de primer grado afectados; en múltiples estudios se habla de una mayor afectación hacia el género femenino; factores como el estar soltero o viudo también se han descrito, además del ser desempleado, jubilado o el tener una menor escolaridad; también se ha observado que antecedentes no patológicos como el alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo o mayor IMC, se asocian como factores de riesgo; de igual manera la presencia de comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad coronaria y patologías que cursan con dolor crónico, como la osteoartritis o el canal medular estrecho, se han visto descritas, reflejándonos la contribución del daño endotelial a su etiología; dentro de la parte psicoafectiva, se ha relacionado con la exposición a estresores ambientales como relaciones interpersonales disfuncionales, aislamiento social a consecuencia de las pérdidas familiares y de amigos que se experimenta al pasar de la vida, de igual manera el experimentar duelos frecuentes también se ha descrito como un factor de riesgo para desarrollar depresión, a su vez los adultos mayores en ocasiones experimentan cambios de rol social, generalmente pasan del sector productivo a la jubilación, y del tener una familia extensa a nuclear; en ocasiones también pueden padecer del síndrome de nido vacío, todo esto condicionando una resignificación de su propósito de vida, a la vez que la exposición a eventos estresores como sufrir violencia o eventos traumáticos, también pudieran influir; de igual manera los cambios tecnológicos que vive nuestra sociedad, les resultan en ocasiones desconcertantes, inesperados y excluyentes, todo esto contribuyendo a la generación de vulnerabilidad en esta población (2, 3, 4, 8, 9, 10).

La presencia de depresión en el adulto mayor afecta directamente su funcionalidad, la cual ha sido descrita como el reflejo de la integridad del individuo a lo largo del

proceso de envejecimiento; para el médico esto puede ser constatado enumerando las actividades de la vida diaria en las cuales el paciente se desenvuelve con autonomía, y en cuales con dependencia, a su vez que se cuantifica el grado de ésta última; diversos autores nos hablan sobre la estrecha relación entre la presencia de depresión en el paciente geriátrico y como ésta repercute para las actividades de autocuidado, dificultando tareas como bañarse, vestirse, prepararse alimentos; también afecta el funcionamiento cognitivo, influyendo en la toma de decisiones y la memoria; condiciona astenia, adinamia, abulia, contribuyendo al desarrollo de sedentarismo, el cual a su vez es un factor de riesgo para el desarrollo sarcopenia, generando fragilidad y un mayor riesgo de caídas, todo lo cual suma en un mayor riesgo de discapacidad y de deterioro funcional a lo largo del tiempo, acortando la esperanza de vida, generando dependencia y por lo tanto contribuyendo al desarrollo del síndrome del cuidador, el cual se caracteriza por una sobrecarga producto del cuidado diario de un paciente, en la mayoría de las ocasiones sin remuneración económica, y que los afectados experimenta un cuadro clínico de depresión y ansiedad; también a nivel de los sistemas de salud, se genera una sobrecarga asistencial, y mayor carga económica; concluyendo en una disminución de la calidad de vida del paciente geriátrico y una mayor mortalidad; lo cual atenta contra los objetivos descritos por la OMS para la Década del Envejecimiento Saludable, la cual tiene como objetivo promover el envejecimiento activo, y tomando en consideración la transición demográfica que vive nuestro país, evidenciándose por la inversión de la pirámida poblacional, nos constata la relevancia de la depresión en el adulto mayor como un problema de salud, y como no forma parte del proceso del envejecimiento saludable(11,12, 13, 14).

Dentro de las escalas para evaluar la depresión en geriatría, se encuentra la escala de GDS (Geriatric Depression Scale), la cual es una herramienta de escrutinio para la evaluación de la sintomatología depresiva en ésta población; la cual fue desarrollada por Yesavage et al. en 1982, tiene una versión original de 30 ítems, y recientemente se ha desarrollado una versión abreviada de 15 ítems; ha sido validada en múltiples idiomas y contextos clínicos, se caracteriza por una

sensibilidad de un 92% y una especificidad del 89%. Cada respuesta indicativa de depresión suma un punto, y se interpreta de la siguiente manera: 0-4 puntos es un paciente normal, de 5 a 8 puntos depresión leve, de 9 a 11 depresión moderada y de 12 a 15 puntos depresión severa (15, 16).

También en geriatría, la evaluación de la funcionalidad se realiza por la valoración de 2 actividades: aquellas descritas como básicas de la vida diaria, las cuales comprenden actividades indispensables para el autocuidado, como bañarse, vestirse, usar el inodoro, etc, y las descritas como instrumentales, las cuales son importantes para la inserción del individuo dentro de una sociedad, son aquellas como el manejo de finanzas, usar el transporte, etc. El índice de Katz evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las cuales son 6: bañarse, vestirse, comer, usar el inodoro, movilizarse dentro y fuera de camas y controlar esfínteres, y se puntúa en base al nivel de independencia, dando una puntuación de 1 si el individuo es totalmente independiente, y de 0 si es dependiente, se clasifica en A, B, C, D, E, F, dependiendo del grado de independencia, siendo la A totalmente independiente, y conforme se presenta 1 punto en alguna actividad va en descenso; estas actividades no están influidas por el género y son universales independiente del país en que se encuentre. La escala de Lawton y Brody mide las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), mide un total de 8 ítems, como la capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y manejo de la medicación y de las finanzas; la relevancia de este instrumento es que nos permite detectar las primeras señales de deterioro en los pacientes geriátricos, de igual manera se puntúa con 1 punto en caso de independencia y 0 en dependencia; esta escala es influenciada por el contexto cultural, ya que hay actividades que debido al género no se realizan, por lo que se tiene que tomar en consideración lo antes mencionado, a la hora de la puntuación y consiguiente clasificación (17, 18, 19).

Objetivos

Objetivo principal:

Realizar un análisis descriptivo de la severidad de los síntomas depresivos según la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) clasificados en leve, moderada y severa, y evaluar la independencia funcional de los pacientes mediante el Índice de Katz y la escala de Lawton y Brody, en pacientes geriátricos de la consulta del CREAM (Centro Regional para el Estudio del Adulto Mayor), en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", durante el período de enero 2022 a enero 2024.

Objetivos secundarios:

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de los pacientes incluyendo edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación, viven solo o con familia.
- Describir la presencia de antecedentes heredofamiliares de depresión.
- Describir las comorbilidades encontradas en esta población.

Hipótesis:

Hipótesis de trabajo:

Nuestro trabajo de investigación corresponde a un estudio descriptivo, por lo que no se tiene hipótesis principal ni una hipótesis nula, pero si se desarrolla una hipótesis de trabajo, la cual consiste en:

Esperamos encontrar una alta prevalencia de síntomas depresivos clasificados como moderados y severos en la población geriátrica que acude a nuestra consulta en el CREAM (Centro Regional para el Estudio del Adulto Mayor), esto siguiendo las tendencias que vemos reflejados en la prevalencia de la mencionada enfermedad en otras poblaciones; también esperamos encontrar tasas altas de funcionalidad en nuestros pacientes, ésto correspondiendo a que son pacientes que acuden a la consulta externa, por lo que se infiere que son pacientes que tienen capacidad de movilizarse por sí mismos, y por lo tanto tienen menos dependencia.

Justificación:

Nuestro país, se clasifica como en vías de desarrollo, y estimaciones de la OMS prevén que la tasa de población geriátrica se incremente exponencialmente hacia el año 2030, por lo que resulta importante identificar la presencia de síntomas depresivos en esta población, debido a su repercusión en la funcionalidad y por lo tanto en el desarrollo de dependencia, generando fragilidad, mayor riesgo de caídas, síndrome del cuidador, menor calidad de vida y mayor mortalidad, además de generar costos a los sistemas de salud.

Por lo que el conocimiento generado nos permite desarrollar políticas públicas para el cribado de depresión en esta población, además de favorecer la evaluación sistemática de la funcionalidad, con el objetivo de mantener su autonomía, en un entorno de evaluación integral y de abordaje multidisciplinario, favoreciendo un envejecimiento activo, y otorgándoles calidad de vida.

Diseño de estudio:

Es un estudio de tipo poblacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, unicentro, no experimental.

Población de Estudio

La población incluye pacientes geriátricos (≥ 65 años) atendidos en la consulta externa del CREAM (Centro Regional para el Estudio del paciente Adulto Mayor) del Hospital Universitario "Dr. José E. González", durante el período de enero 2022 a enero 2024, los cuales cuentan con las evaluaciones completas de GDS 15 y escalas de funcionalidad medidas por el índice de Katz y la escala de Lawton y Broody.

Material y métodos

Criterios de Inclusión

Pacientes geriátricos (≥ 65 años) atendidos en la consulta externa del CREAM (Centro Regional para el Estudio del paciente Adulto Mayor) del Hospital Universitario "Dr. José E. González", durante el período de enero 2022 a enero 2024, los cuales se puedan documentar en sus expediente clínicos:

- escala de GDS 15
- índice de Katz
- escala de Lawton y Broody.

Criterios de Exclusión

Pacientes menores de 65 años de edad.

Pacientes que no se cuenten con expediente clínico, resultados completos y legibles de las escalas antes mencionadas.

Paciente con diagnóstico establecido de demencia Alzheimer, frontotemporal, vascular.

Pacientes que hayan cursado con enfermedades recientes, como fractura de cadera, internamiento en los últimos 2 meses documentado, infecciones recientes en los últimos 2 meses.

Criterios de Eliminación

Expedientes que presenten datos incompletos en las escalas antes mencionadas.

Protocolo de Estudio

Se iniciará la búsqueda de pacientes de acuerdo con los criterios de inclusión previamente descritos:

Pacientes adultos mayores de 65 años que hayan acudido a la consulta del Centro Regional para el Estudio del Adulto Mayor, del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” durante el periodo comprendido de enero 2022 a enero 2024, los cuales se puedan documentar en sus expediente clínicos:

- Escala de GDS 15

- Índice de Katz

- Escala de Lawton y Broody; esto con la finalidad de recolectar información para el cumplimiento del objetivo primario de nuestro estudio.

Posteriormente se procederá a la recolección de los datos en una base realizada en Excel, con un resguardo en físico y en línea.

Posteriormente se realizará el análisis estadístico en el programa SPSS versión 30. Se utilizará estadística descriptiva con frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central.

Se realizará la descripción de los resultados obtenidos, se realizará la discusión del tema y el desarrollo de las conclusiones.

Recolección de datos

Se procederá a la recolección de la siguiente información de los expedientes clínicos:

- Datos demográfica: edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación, viven solo o con familia.
- Antecedentes heredofamiliares de depresión.
- Presencia de comorbilidades.
- Escala GDS (Geriatric Depression Scale), la cual tiene como objetivo ser una prueba de escrutinio en la población geriátrica identificando la presencia de síntomas depresivos, en el caso de nuestro trabajo de investigación se utilizará la versión acortada de 15 ítems, ya que es la que el servicio de Geriatria del Hospital Universitario "Dr. José E. González" realiza de manera rutinaria en su consulta de primera vez y de seguimiento, tiene una sensibilidad de un 92% y una especificidad del 89%, y cada respuesta indicativa de depresión suma un punto.

Se clasifica de la siguiente manera:

Normal: 0-4 puntos, se clasifica como normal.

Síntomas depresivos leves: 5-8 puntos.

Síntomas depresivos moderados: 9-11 puntos.

Síntomas depresivos severos: 12-15 puntos.

-Índice de Katz: el cual evalúa la capacidad del paciente geriátrico para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las cuales son 6: bañarse, vestirse, comer, usar el inodoro, movilizarse dentro y fuera de camas y controlar esfínteres, y se puntúa en base al nivel de independencia, dando una puntuación de 1 si el individuo es totalmente independiente, y de 0 si es dependiente, y a su vez se clasifica en A, B, C, D, E, F.

A=Independiente para todas las funciones.

B=Independiente en todas, salvo 1 de ellas.

C= Independiente en todas salvo lavado y otra más.

D=Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más.

E=Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de inodoro y otra más.

F=Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de inodoro, movilización y otra más.

G=Dependiente en las 6 funciones.

-Escala de Lawton y Brody mide las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), mide un total de 8 ítems, como la capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y manejo de la medicación y de las finanzas; la relevancia de este instrumento es que nos permite detectar las primeras señales de deterioro en los pacientes geriátricos, de igual manera se puntúa con 1 punto en caso de independencia y 0 en dependencia; esta escala es influenciada por el contexto cultural, ya que hay actividades que debido al género no se realizan, por lo que se tiene que tomar en consideración lo antes mencionado, a la hora de la puntuación, se clasifica de la siguiente manera:

Independencia= 8 puntos.

Dependencia leve=6-7 puntos.

Dependencia moderada=4-5 puntos.

Dependencia severa=2-3 puntos.

Dependencia total=0-1 puntos.

Aspectos éticos

El presente protocolo de investigación será sometido para su evaluación por el Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Esta investigación toma en consideración el “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud en su título 2º, capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II.

Tanto la identidad y los datos registrados en el expediente se mantendrán bajo estricta confidencialidad ajustándose a las normas e instructivos institucionales nacionales e internacionales en materia de investigación científica, incluyendo la declaración de Helsinki. La base de datos realizada se mantiene bajo resguardo exclusivo de los investigadores principales, con codificación a doble enlace.

Plan de análisis estadístico

Se utilizará el programa de Excel para la recolección de los datos y la posterior creación de una base, se codificará la información de la siguiente manera:

-Género:

1. Masculino
2. Femenino

-Estado civil

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Separado
5. Unión libre

Escolaridad:

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria terminada
6. Carrera técnica
7. Licenciatura

Ocupación actual:

1. Jubilado
2. Trabaja actualmente

Vivienda:

- 1.Vive solo
- 2.Vive con cónyuge
- 3.Vive con hijos

Antecedentes heredofamiliares de depresión:

- 0.No
- 1.Si
- 2.Desconoce

Comorbilidades:

- 1.Hipertensión Arterial Sistémica
- 2.Diabetes Mellitus tipo 2
- 3.Dislipidemia
- 4.Infarto al miocardio
- 5.Fibrilación auricular
- 6.Artritis reumatoide
- 7.Osteoartrosis
- 8.Hiperplasia prostática benigna
- 9.Incontinencia urinaria
- 10.Otras

Puntuación de la escala GDS 15:

0. 0-4 Normal
1. 5- 8 puntos depresión leve
2. 9-11 puntos depresión moderada
3. 12-15 puntos depresión grave

Índice de Katz

- 1- A: independiente para todas las funciones
- 2- B: independiente en todas salvo en 1 de ellas.
- 3- C: independiente en todas salvo lavado y otra más.

- 4- D: independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más.
- 5- E: independiente en todo salvo en lavado, vestido, uso de retrete y otra más.
- 6- F: independiente en todo salvo en lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más.
- 7- G: dependiente en las 6 funciones.

Escala de Lawton y Brody

- 1.- 8 independencia
- 2.- 6-7 dependencia leve
- 3. 4-5 dependencia moderada
- 4. 2-3 dependencia severa
- 5. 0-1 dependencia total

Se utilizará el programa estadístico SPSS versión 30 para el análisis de los datos y posteriormente descripción de estadística con frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central.

Tabla de variables

- Género: variable cualitativa, nominal.
- Estado civil: variable cualitativa, nominal.
- Escolaridad: variable cualitativa, nominal.
- Ocupación actual: variable cualitativa, nominal.
- Vivienda: variable cualitativa, nominal.
- Antecedentes heredofamiliares de depresión: variable cualitativa, dicotómica.
- Comorbilidades: variable cualitativa, nominal.
- Puntuación de la escala GDS 15: variable cualitativa, ordinal.
- Índice de Katz: variable cualitativa, ordinal.
- Escala de Lawton y Brody: variable cualitativa, ordinal.

Cálculo del tamaño de la muestra

En el caso de nuestro estudio se incluirá a 52 pacientes que representa a la totalidad de la población, obtenidos por muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que a consecuencia del diseño retrospectivo, solo se logro obtener datos completos de esta cifra ya comentada, por lo que no se realizó el cálculo del tamaño de la muestra, sino que se describe como una muestra censal de la población; esto se tomará en cuenta como posterior limitación de nuestro estudio.

Mecanismo de confidencialidad

En el presente estudio solo tendrán acceso a la información el médico tesista, que es quien recolectará información de los expediente clínicos, y el investigador principal y el codirector.

La privacidad y la confidencialidad de los sujetos se resguardará mediante la anonimización de los datos recolectados, el almacenamiento en una base de datos protegida con contraseña y a la que solamente tendrán acces 3 personas: la tesista, el investigador principal y el codirector del estudio.

Este estudio sigue las regulaciones para mantener la privacidad y la confidencialidad contenidas en la Declaración de Helsinki, sigue las Normas de Buenas Prácticas Clínicas y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados en México, la información recolectada será únicamente utilizada para los fines de este estudio, cumpliendo con las disposiciones legales sobre protección de datos personales.

A los sujetos de investigación se les va a identificar mediante sus iniciales únicamente.

Obtención del Consentimiento Informado

El presente estudio no requiere consentimiento informado, ya que no realizar ninguna intervención en ningún pacientes, y corresponde a un estudio retrospectivo.

Bibliografía

1. World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023, 31 marzo). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Park, L. T., & Zarate, C. A. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *New England Journal Of Medicine/ The New England Journal Of Medicine*, 380(6), 559-568. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1712493>
3. Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal Of Psychiatric Research*, 126, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
4. Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M. et al. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* 20, 55 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>
5. García-Peña, C., Wagner, F.A., Sánchez-García, S. et al. Depressive Symptoms Among Older Adults in Mexico City. *J GEN INTERN MED* **23**, 1973–1980 (2008). <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0799-2>
6. National Institute of Mental Health . (15 de Septiembre de 2023). *National Institute of Mental Health* . Obtenido de National Institute of Mental Health : <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
7. 7. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. (2013 de 2013). *Asociación Americana de Psiquiatría*. Obtenido de Asociación Americana de Psiquiatría: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
8. Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *The Lancet*, 400(10352), 617-631.
9. Reynolds, C. F., Lenze, E., & Mulsant, B. H. (2019). Assessment and treatment of major depression in older adults. En *Handbook of clinical neurology* (pp. 429-435). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-804766-8.00023-6>
10. Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Lippa, M. (2021b). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic

review. PloS One, 16(5), e0251326.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>

11. Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among older age: a systematic review and meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 20(1), 55.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). (n.d.). *Decade of Healthy Ageing 2021–2030*. Recuperado de <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
13. Hernandez, B. X. V., Ramos, E. S., & Páez, Z. J. V. (2019). Funcionalidad de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio–Colombia. *Revista ciencia y cuidado*, 16(3), 70-79.
14. Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista clínica de medicina de familia*, 13(1), 97-100.
15. Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
16. Greenberg, S. A. (2012). The geriatric depression scale (GDS). *Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 4(1), 1-2.
17. Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(12), 914–919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
18. Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3 Part 1), 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
19. Ferrín, M. T., González, L. F., & Míguez, H. M. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia clínica*, 72(1), 11-16.