

1122 (9) 93



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA  
Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"  
Querétaro, Qro.**

**"PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES GERIATRICOS  
PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LA CLINICA HOSPITAL "DR. ISMAEL  
VAZQUEZ ORTIZ" DEL ISSSTE, QUERETARO, QRO."**

**T R A B A J O**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DR. AGUSTIN MUNGUIA MERCADO**



Querétaro, Qro. DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA 31 de Mayo de 1997

*[Handwritten signature]*

INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL ISSSTE  
QUERETARO, QRO.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
GERIÁTRICOS PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LA  
CLÍNICA HOSPITAL "DR. ISMAEL VÁZQUEZ  
ORTIZ" DEL ISSSTE, QUERÉTARO, QRO. "**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A:

**DR. AGUSTÍN MUNGUÍA MERCADO**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

---

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

---

DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U. N. A. M.

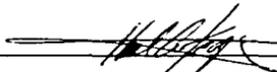
---

**"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
GERIÁTRICOS PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LA  
CLÍNICA HOSPITAL "DR. ISMAEL VÁZQUEZ  
ORTIZ" DEL ISSSTE, QUERÉTARO, QRO. "**

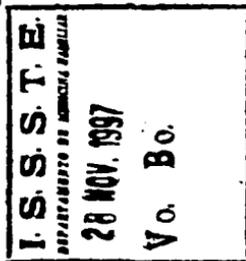
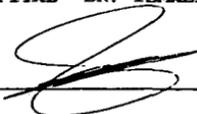
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A:

**DR. AGUSTÍN MUNGUÍA MERCADO**

DR. GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA NACIONAL  
I. S. S. S. T. E.



DR. FERNANDO VIELMA  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA  
CLÍNICA HOSPITAL "DR. ISMAEL VÁZQUEZ



DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL ISSSTE  
QUERÉTARO QRO



ISSSTE  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL ISSSTE  
QUERÉTARO. QRO.

**"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
GERIÁTRICOS PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LA  
CLÍNICA HOSPITAL "DR. ISMAEL VÁZQUEZ  
ORTIZ" DEL ISSSTE, QUERÉTARO, QRO. "**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A:**

**DR. AGUSTÍN MUNGUÍA MERCADO**

**DR. CARLOS HERNÁNDEZ POMBO  
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA  
ASESOR DE TESIS**



---

**DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ  
PROF. DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.  
ASESOR DE TESIS**



---

**DRA. GUILLERMINA GRANADOS AYALA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
ASESOR TÉCNICO DE TESIS**



---

## *AGRADECIMIENTOS*

*Dra. Guillermina Granados Ayala, por su valiosa ayuda en el desarrollo del presente trabajo, en base a sus profundos conocimientos y experiencia, manifestándole mi respeto y admiración.*

*Dr. Carlos Hernández Pombo, por la orientación para la selección del tema, así como su desinteresado asesoramiento en su desarrollo.*

*Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández, por su minuciosa revisión y asesoría, que hizo posible la realización de este trabajo.*

*A las Instituciones U.N.A.M. - I.S.S.S.T.E., por las facilidades que me proporcionaron para la realización de este Posgrado, como parte de mi superación profesional.*

## DEDICATORIAS

A Dios: que me escuchó siempre que lo invoqué.

A mi mamá, por su amor y apoyo espiritual en el logro de esta meta.

A mi padre Agustín, por los principios que me inculcó y por su ejemplo de amor y trabajo.

A mis hermanos Rubén y Olga, a Ma. Elena y Jaime, a mis sobrinos Fernando, David, Ma. Elena, que con su entusiasmo me animaron para la terminación de este trabajo.

A mis hijos: Agustín Enrique, Arturo Eduardo y Alma Elizabeth, con mi cariño, ya que fueron el aliciente que me impulsó a este logro, y que sea motivación para que se superen en la actividad que cocojan en su vida.

A mis suegros: Irene y Enrique, por sus palabras de aliento, desinteresadamente.

A mi amada esposa: Elizabeth Irene, porque con su amor, apoyo y dedicación, que en todo tiempo me brindó, me impulsó para el estudio, desarrollo y terminación de este Posgrado que significa un triunfo, del amor que como pareja hemos cultivado.

# ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO .....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	21
III. JUSTIFICACIÓN .....	22
IV. OBJETIVOS .....	23
V. METODOLOGÍA .....	24
VI. RESULTADOS .....	27
VII. DISCUSIÓN .....	37
VIII. CONCLUSIONES .....	38
IX. BIBLIOGRAFÍA .....	39
X. ANEXOS .....	42

# **I. MARCO TEÓRICO**

## **1. Concepto de envejecimiento.**

*La vejez es una etapa de la vida o estrato de edad cronológica que según la O.M.S. se inicia a los 60 años. El vocablo "senil", éste proviene del latín senescere que quiere decir envejecer, de modo que lo senil vendría a ser lo relativo a la vejez*

*Josephine Sana llama ancianos a "las personas en la última etapa de la vida; entre la madurez y la edad senil" La senescencia no es una enfermedad, pese a que los cambios propios del envejecimiento puedan ir acompañados de ciertos malestares. En cambio, las enfermedades deben considerarse en relación con las condiciones que presenta cada paciente en particular; el matiz está dado por el diferente grado de involución de cada persona*

*Se considera anciano sano a aquel que, independientemente de su edad, viva sin experimentar demasiadas deficiencias corporales y mentales. El envejecimiento se caracteriza por ser un hecho universal, constante, irreversible, irregular, asincrónico e individual, puede considerarse como un fenómeno individual o como un fenómeno de masa (1)*

## **2. Gerontología. Antecedentes e historia.**

*El estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos (anatomía, fisiología y bioquímica), psicológicos (personalidad, y manifestaciones conductuales) y sociales, como sería la introducción, actuación y desempeño de papeles en la familia (2) La Geriátrica es la rama de la gerontología y de la medicina relacionada con todos los aspectos de la salud y el cuidado de las personas (3)*

*Josephine Sana llama ancianos a "las personas en la última etapa de la vida; entre la madurez y la edad senil", el vocablo "senil" proviene del latín senescere que quiere decir envejecer, de modo que el senil vendría a ser lo relativo a la vejez. El criterio de la Secretaría de Salud -que se fundamenta en la norma de la O.P.S.- define como límite cronológico de la senectud los 60 años de edad. (3)*

*España como todos los países, se ocupó desde la más remota antigüedad, del cuidado de sus ancianos, cuidados generalmente por órdenes religiosas (algunas tan ejemplares como las Hermanitas de los Pobres, 1875); hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX, toda la asistencia a los ancianos se sustentaba en los conceptos de caridad y beneficencia. En el siglo XX la asistencia social a los ancianos se integra a la Seguridad Social y el término Geriátrica aparece por primera vez en el año 1909, naciendo en Gran Bretaña la Geriátrica Moderna en los años de 1930-1935. (4)*

*En el curso de la historia de todas las sociedades humanas, el anciano ha tenido diferente connotación y valor. Es bien sabido que en la antigüedad las personas que lograban llegar a la ancianidad gozaban de diversas prerrogativas, pero sobre todo del respeto y consideración de los demás. A medida que los pueblos fueron alcanzando mejores condiciones de vida y dominio sobre enfermedades infecciosas, la reducción de la mortalidad de las personas jóvenes generó aumento numérico de la gente que llega a la vejez, hecho que ha propiciado cambios importantes tanto en las actitudes individuales como en las acciones institucionales, que han debido enfrentar demandas de servicios sociales y de salud de cierto tipo y a un volumen creciente (5)*

*La práctica de la geriatría hospitalaria precisa una infraestructura, un funcionamiento y una tecnología que la diferencia claramente de las especialidades médicas convencionales. La atención al paciente geriátrico agudo (con plunpatología en actividad que evoluciona hacia la incapacidad o dependencia, y que presente problemas mentales y/o sociales añadidos), asistencia continuada o de larga estancia "equipo multidisciplinario" (geriatras, personal de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etc.), la valoración integral de los ancianos, de sus enfermedades orgánicas, de su grado de invalidez presente o futuro, y de sus posibles alteraciones mentales y sociales (4)*

*Entre las muchas cosas que trae consigo el envejecimiento está la soledad y la tristeza o melancolía de estar solo o pobre. El doctor Davanzo dice "la pobreza no es sólo la del dinero, sino también la falta de salud, la soledad afectiva, el fracaso profesional, la ausencia de relaciones, las limitaciones físicas y mentales, las desgracias y todas las frustraciones que provienen de la incapacidad de integración al grupo humano más cercano, existe sobre todo la pobreza moral por falta de valores éticos y de fe" (6)*

### **3. Epidemiología del envejecimiento.**

*El proceso de envejecimiento trae consigo cambios en el perfil de salud-enfermedad de la población general, al respecto Frank señala tres direcciones de cambio: a) aumento de la importancia de los padecimientos crónicos degenerativos y discapacidad, b) el desplazamiento de la carga principal de muertes y enfermedades de los grupos de edad más jóvenes a los de edad avanzada, y c) la sustitución de la mortalidad por la morbilidad. La enfermedad de ser un proceso eminentemente agudo, pasa a un estado crónico en el que la población, principalmente sufre más tiempo que antes. (7)*

*En 1950 la población de 60 años y más representaba en México el 5.6% de la población total; en 1990 ascendía al 6.2% y para el año 2030 se calcula que será el 12.6%. la población de edad avanzada en el medio rural era 6.6, en el semiurbano de 5.9 y en el urbano de 5.8, con un índice de masculinidad de 102.4, 86.2 y 76.3 respectivamente (8). Las variaciones previstas en cuanto a la esperanza de vida al nacer, prevé que en el conjunto de América Latina aumentará de 64.1 años en 1980-1985 a 71.8 años, en 2020-2025, o sea un incremento de 7.7 años. La población en América Latina de personas de 60 años y más de 23.3 millones (6.4%) en 1980, se espera que para el año 2000 ascenderá a 41 millones lo que correspondería al 7.2% del total de la población la proyección hasta el 2025 con 93 millones*

con 10.8%. En el número de mujeres de 85 años y más se incrementará en un 81% al año 2000 y en un 206% entre 1980 y 2030, las viudas corresponderán al 76% de las mujeres de 75 años o más (8)

*La senescencia no es una enfermedad, pese a que los cambios propios del envejecimiento puedan ir acompañados de ciertos males. En cambio, las enfermedades deben considerarse en relación con las condiciones que presenta cada paciente en particular; el matiz está dado por el diferente grado de involución de cada persona*

*Se considera como anciano sano a aquel que, independientemente de su edad, viva sin experimentar demasiadas deficiencias corporales y mentales. (3)*

*El número de pacientes ancianos que tendrán que atender los médicos de familia, los internistas, y el resto de los especialistas es ya superior a los pacientes de menor edad. Estos ancianos, sobre todos los de 80 años y más, presentan características semiológicas, clínicas, funcionales, mentales y sociofamiliares que todo médico debe conocer. (4)*

#### **4. Etiología del envejecimiento.**

*El envejecimiento, es un evento que se caracteriza por ser universal, constante, irreversible, irregular, asincrónico e individual, puede considerarse como un fenómeno individual, como ya comentamos, o como un fenómeno de masa, es decir, como el número absoluto y su expresión de porcentaje, de las personas que han alcanzado o incluso rebasado la edad límite para considerarse sanas, que es el envejecimiento de la población, el cual se define como el aumento en la proporción de personas de 60 años o más, respecto del total de habitantes de determinado lugar, población y país. (3)*

*El envejecimiento o senescencia es un proceso biosociopsicológico, constituido por una serie de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se inicia mucho antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de viejo (6) Entre las muchas cosas que trae consigo el envejecimiento está la soledad y la tristeza o melancolía de estar solo y pobre a lo que el doctor Davanzo dice "La pobreza no es sólo la del dinero, sino también la falta de salud., la soledad afectiva, el fracaso profesional, la ausencia de relaciones, las limitaciones físicas y mentales, las desgracias y todas las frustraciones que provienen de la incapacidad de integración al grupo humano más cercano..." existe sobre todo la pobreza moral por falta de valores éticos y de fe. (9)*

#### **5. Concepto de depresión.**

*Los sentimientos de tristeza, pérdida de afectos y pesimismo, son relaciones normales en el acontecer diario de la vida y todo ser humano los experimenta; generalmente estos sentimientos son de carácter breve y disminuyen a la medida que el suceso causante*

*desaparece, sin embargo, también la depresión se caracteriza por otros síntomas más generalizados que interfieren significativamente en el carácter y habilidad funcional del individuo (10)*

*La enfermedad depresiva como una alteración del ánimo caracterizada por sentimientos de tristeza, apatía, desamparo, inutilidad, pérdida de interés en las actividades normales y síntomas somáticos como variaciones del apetito y sueño. Un diagnóstico exacto es especialmente importante en el caso de las personas ancianas, debido a una fuerte asociación entre la depresión y el suicidio y a la necesidad de diferenciar esta dolencia (6)*

*Igualmente la depresión trae consigo una grave morbilidad en la estabilidad del individuo, en la forma de la ruptura de sus relaciones afectivas, pérdida del empleo, incapacidad de adaptación social generalizada y en algunos casos propenso al consumo de drogas*

*El no poder diagnosticar una depresión puede ser trágico si se interrelaciona con alguna enfermedad médica tratable y la gran incidencia del estado depresivo en la sociedad (11)*

## **6. Depresión. Antecedentes e historia.**

*La antigüedad griega reconoció la existencia de fenómenos depresivos a los cuales los médicos les dieron el nombre de melancolía, en referencia a la bilis negra, la tristeza moral parece ligada a perturbaciones la bilis que declan oscuricia los espintus animales (Esquino) (1)*

*Piquet Arnufat, preclaro médico español del siglo XVIII, el Hipócrates español según algunos entusiastas suyos, describen con todo detalle la enfermedad del monarca español Fernando VI (1712-1759) y la y la diagnostica como manía-melancólica (12)*

*La vida de Vincent Van Gogh ilustra la aparición temprana del estrés en su vida (predisposición) así como la gran cantidad de estrés (precipitación), los eventos recientemente ocurridos de su severa depresión (suicidio) (13)*

*La enfermedad depresiva como una alteración del ánimo caracterizada por sentimientos de tristeza, apatía, desamparo, inutilidad, pérdida de interés en las actividades normales y síntomas somáticos como variaciones del apetito y sueño. La depresión es un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológico (6)*

*Ayuso y Sáiz, hablan de depresión involuntana que corresponde a un cuadro depresivo presente por primera vez a partir de los 45 años en las mujeres y de los 50 en los hombres, con ausencia de síntomas condicionados por el proceso de arterioesclerosis cerebral (14)*

## **7. Epidemiología de la depresión.**

*En una revisión de la incidencia de factores que pueden afectar la aparición de nuevos síntomas depresivos (desestabilización) o pérdida de síntomas depresivos (restricción) en las personas de edad. Esos factores fueron agrupados dentro de tres grandes categorías. Factores del estado de salud (enfermos psíquicos, deshabilitados y con demencia y deterioro cognitivo) factores sociales (vivir en una casa hogar, sustento social, despojo, cuidados por discapacidad personal) y vulnerabilidad de factores personales (nivel de depresión, síntomas depresivos anteriores, historia de depresión, personalidad) La posible implicación para prevenir desestabilización, como ayuda de restricción e identificación de los grupos de alto riesgo considerados. Muchos de los factores modificables, son factores potenciales para intervenir con los enfermos psicológicos y dar cuidado. Los enfermos psicológicos son también rutinariamente sometidos a biombos. Como en un grupo de jóvenes la gran prueba y el más difícil desafío está en modificar la vulnerabilidad personal (15)*

*La depresión es muy frecuente en todos los grupos de personas y de diferentes edades, incluyendo niños. En Norteamérica se estima que del 9 al 20 % de la población presenta algunos síntomas depresivos, mientras que aproximadamente el 4 % de las personas son clínicamente depresivas (12)*

*Numerosos estudios epidemiológicos han establecido que la frecuencia de los síndromes depresivos aumenta con la edad, constituyendo un sector considerablemente importante en los trastornos mentales del sujeto de edad avanzada. Se asegura que las depresiones tardías no difieren de las que hacen su aparición en personas jóvenes. Sin embargo, en la tercera edad concurren (con mayor frecuencia e intensidad) múltiples factores que actúan como condicionantes o precipitantes de este padecimiento que además se presenta en un organismo envejecido. Algunos factores que involucran son Factores bioquímicos, Factores psicosociales y Factores somáticos (6)*

## **8. Etiología de la depresión.**

*Las teorías etiológicas de los trastornos anímicos incluyen teorías biológicas, psicológicas y psicosociales*

*Los cambios estructurales del cerebro, la irregularidad de los mensajeros químicos, mecánicos de retroalimentación hormonal y ritmos circadianos son a menudo implicados en la fisiopatología de los trastornos anímicos. Estas anomalías se derivan en parte de una predisposición genética, pero la asociación de la mayoría de los trastornos anímicos en la edad avanzada con un claro modo de herencia no ha sido demostrado (16)*

*La contribución psicológica para la depresión incluye por lo menos tres factores predisponentes. El primero y el más intuitivo, es la pérdida de un objeto de valor. Las personas de edad avanzada, experimentan una cantidad menor de eventos estresantes en su vida. Freud postuló que la ambivalente introyección del objeto perdido dentro del ego, nos lleva a*

**esta etapa de síntomas depresivos típicos, derivados de una falta de energías disponibles para el ego. La culpabilidad resulta cuando el individuo no puede expresar su enojo externamente, hacia el objeto perdido y la persona deprimida vuelve interno ese enojo. Aunque las personas mayores de edad experimentan alguna pérdida frecuentemente, la pérdida es generalmente una experiencia "a tiempo" por ejemplo la mujer mayor de edad y que está casada, anticipa que ella sobrevivirá a su esposo y ha ensayado la vudez, de ahí que la adaptación de la muerte de su pareja, sea de mas fácil aceptación (17, 18)**

**De acuerdo a las teorías cognitivas, la depresión puede ser el resultado de distorsiones negativas de alguna experiencia de la vida, igualmente la autoevaluación negativa, el pesimismo y hasta la desesperanza (19)**

**En los adultos mayores de edad, su depresión puede estar enfocada a la ausencia de una carta, de una llamada telefónica de alguien que le preocupa o estima, o cualquier otra circunstancia negativa que rompe su esquema cotidiano. Las personas mayores de edad son altamente susceptibles a las distorsiones cognitivas, igual que las personas jóvenes en medio de una severa depresión o cuando esta asociada con la disfunción cognitiva (17)**

**La tercera teoría, como causa de la depresión, en la edad avanzada es un tiempo valioso de reflexión para "la aceptación de un solo ciclo de vida, es decir, como algo que tiene que ser y que por su misma índole no permite ninguna sustitución. Si uno fracasa en el intento de integrarse a la vida de uno mismo, es decir, enlazar su propia vida a ambos extremos, herencia pasada y futuras generaciones, entonces la desesperación se presenta como consecuencia". El tiempo es corto, demasiado corto para intentar comenzar otra vida y experimentar caminos alternativos hacia la integridad la cual es análoga al estado de cordura acumulada, puede proteger al adulto mayor de edad psicológicamente del embate de distorsiones cognitivas, como resultado de un estado de ánimo leve a uno moderado (18)**

**Los factores sociales también pueden contribuir al inicio de las depresiones de los adultos mayores de edad. Pfifer y Murrell, en sus investigaciones encontraron que la salud y el apoyo social juegan, ambos, un rol interactivo en el comienzo de los síntomas depresivos. Los eventos de la vida, por si solos tienen muy débil efecto, así como los factores sociodemográficos en general, tampoco contribuyen en forma marcada al principio de la depresión (20)**

**Sin embargo una débil cobertura de apoyo familiar y social, así como, un estado precario de salud física, colocan a las personas mayores de edad, en especial nesgo, para el principio de la depresión (21, 22)**

**La prevalencia de un trastorno afectivo secundario a cualquier enfermedad física, según autores el 20 % de los pacientes internados en un hospital general tienen síntomas depresivos de importancia clínica (22)**

**Se reconoce que el diagnóstico y tratamiento de la depresión en un paciente con enfermedad física, continuamente pueden complicarse los múltiples factores.(21, 3)**

**En muchos pacientes la depresión subyacente se manifiesta a través de una amplia variedad de síntomas somáticos difusos. Por otra parte una enfermedad médica real, puede causar o exacerbar, la depresión, lo mismo que algunas prescripciones médicas, así como el consumo**

de drogas, lo que puede provocar el riesgo del suicidio. Existen algunas enfermedades asociadas a la depresión Cuadro No. 1

Cuadro No. 1

ENFERMEDADES MEDICAS ASOCIADAS A DEPRESIÓN	
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Influenza, Mononucleosis infecciosa, Hepatitis viral, Brucelosis, Amibiasis, Giardiasis, Salmonelosis, otras
ENFERMEDADES MALIGNAS	Cáncer pulmonar y pancreático, tumores cerebrales, linfomas
ENFERMEDADES ENDÓCRINAS	Hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, Hipertiroidismo
ENFERMEDADES METABÓLICAS	Hiponatremia, Hipopotasemia, Uremia, Gota, otras
ANEMIA	Por deficiencia de hierro, de fosfato, de vitamina B12, otras
ENFERMEDADES DE LA COLÁGENA Y VASCULARES	Artritis nodosa, Artritis de células gigantes, Artritis reumatoide, Esclerodermia, etc
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	Cirrosis hepática, Pancreatitis, Enfermedades inflamatorias del tracto digestivo
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	Demencia, Epilepsia, Enfermedades de Parkinson, Esclerosis múltiple, Accidente vascular cerebral, Crisis parcial complejas, Hematoma subdural, etc

## 9. Clasificación y diagnóstico de las enfermedades depresivas

La psiquiatría ha presentado cambios significativos como en la nomenclatura de los trastornos mentales. (5) Los trastornos del estado de ánimo han sido descritos con precisión desde Hipócrates, quien utilizó el término "melancolía" que todavía se utiliza con frecuencia (23)

Las clasificaciones de los diferentes trastornos psiquiátricos se inicia con los psiquiatras europeos, donde destaca Emil Kraepelin, quien diferenció la esquizofrenia de la Enfermedad Melancólico-depresiva, hoy conocida como trastorno bipolar (11, 12)

Al principio del presente siglo describió a la depresión en términos psicoanalíticos y entre los factores etiológicos resaltaba la pérdida de las figuras abyectales (4)

La aparición de los fármacos antidepressivos (imipramina e isocobaxácida) en los años cincuentas, ambos eficaces en el tratamiento de la depresión, determinó que se iniciaran los intentos por subdividir los estados depresivos de acuerdo con la respuesta farmacológica (24)

*Hoy en día la especialidad de psiquiatría cuenta con una clasificación multiaxial o multidimensional que describe diversos aspectos de la condición del paciente. La clasificación estadounidense (DSM-IV, manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades, III edición revisada, en su capítulo de enfermedades mentales) es una de las que más se emplea, tanto en el campo diagnóstico clínico como en la investigación (11, 25)*

*El eje 1 del sistema de clasificación del DSM-IV se refiere al Diagnóstico del estado mental, el eje 2 a las Anormalidades de la personalidad, el eje 3 a las Enfermedades físicas que contribuyen al estado emocional, el eje 4 trata sobre los Estrésores relacionados con el problema mental y el eje 5 de Funcionamiento general del paciente en una escala*

*De acuerdo con el DSM-IV, los trastornos del el Estado de ánimo se clasifican en los siguientes grandes grupos (25)*

## **9.1 Trastornos del estado de ánimo.**

### **1. Episodio depresivo mayor.**

*Presencia de cinco o más síntomas durante un periodo de dos semanas. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día. Pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnia casi todo el día, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión (26.) Aproximadamente el 50 % de los pacientes presentan un episodio depresivo mayor recurrente. El episodio depresivo mayor tiene una duración promedio de 9 a 12 meses y tiende a autolimitarse aún sin tratamiento antidepressivo (10, 12, 25)*

### **2. Episodio maniaco.**

*Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura menos de una semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización)*

### **3. Episodio mixto.**

*Se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor.*

### **4. Episodio hipomaniaco.**

*Un periodo diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.*

## **9.2. Trastornos depresivos.**

### **1. Trastorno depresivo mayor, episodio único.**

*Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipermaníaco. Se clasifica en*

- a. Leve.*
- b. Moderado*
- c. Grave sin síntomas psicóticos*
- d. Grave con síntomas psicóticos*
- e. En remisión parcial*
- f. No especificado*

### **2. Trastorno depresivo mayor recidivante.**

*Presencia de dos o más episodios depresivos mayores y se clasifica igual que el Trastorno depresivo mayor único.*

### **3. Trastorno distímico.**

*Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.*

### **4. Trastorno depresivo no especificado.**

*Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado*

## **9.3. Trastornos bipolares.**

*Se estima que la prevalencia del trastorno bipolar es de 0.4 al 1.2 % en la población adulta (12, 26)*

### **1. Trastorno bipolar I.**

*El episodio bipolar I, episodio maniaco único, se utiliza par describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía.*

**- Trastorno bipolar I, episodio maníaco único.**

*Presencia de un único episodio maníaco sin episodios depresivos mayores anteriores.*

**- Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco.**

*Actualmente en un episodio hipomaniaco. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco.*

**- Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco.**

*Actualmente en un episodio maníaco. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.*

**- Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto.**

*Actualmente en un episodio mixto. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.*

**- Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo.**

*Actualmente en un episodio depresivo mayor. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.*

**- Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado.**

*Actualmente (o en un episodio más reciente) se cumplen los criterios excepto en la duración, para un episodio maníaco, un episodio hipomaniaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto (11, 26).*

**2. Trastorno bipolar II (episodios depresivos mayores recidivantes con hipomaniacos).**

*Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniaco. No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio mixto.*

**3. Trastorno ciclotómico.**

*Presencia, durante al menos dos años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio*

*depresivo mayor. Los periodos de depresión o hipomanía pueden presentarse entre mezclados o separados por periodos de vanos meses.*

*Para establecer el diagnóstico de ciclopatía, no deben existir síntomas psicóticos ni trastornos mentales (12, 26)*

#### *4. Distimia (Neurosis depresiva)*

*Es un trastorno crónico, que incluye un estado de ánimo deprimido, presente la mayor parte del tiempo y casi todos los días a lo largo de un periodo mínimo de dos años*

*Los límites entre la distimia y la depresión mayor no están claros, en particular en niños y adolescentes. Pueden existir síntomas asociados a los de la depresión mayor, con la excepción de que en la distimia y la depresión no puede haber ideas delirantes o alucinaciones (11, 26)*

#### *5. Trastornos afectivos atípicos:*

*- Depresión bipolar atípica y la depresión atípica suele ser de difícil diagnóstico*

*La clasificación internacional contiene varias versiones para el clínico, el investigador y el médico general, difiere con el DSM-IV solo en los detalles del estilo de la descripción pero son totalmente compatibles (11)*

*Las principales entidades diagnósticas en las cuales predominan los síndromes depresivos son las siguientes.*

- Trastornos orgánicos del humor*
- Trastorno afectivo bipolar*
- Episodios depresivos*
- Trastorno depresivo recurrente*
- Trastornos del humor (afectivos) persistentes*
- Otros trastornos del humor (afectivos)*
- Trastornos de adaptación*

*En 266 pacientes ancianos que iniciaron justamente tratamiento neuroléptico; fueron predominantemente femeninas (75%) con una media de edad 76.9 (+ 9.2) años. Un diagnóstico psiquiátrico fue registrado por el 44%, primeramente el desorden depresivo mayor; síndrome orgánico cerebral fue diagnosticado en 55 % de los pacientes. Los síntomas evaluados indican en el 82 % de los pacientes psicosis, con o sin agitación. (27)*

*En un estudio realizado para investigar el manejo de depresión en la práctica general se encontró que, aunque los médicos generales fueron muy capaces en identificar en pacientes de edad síntomas depresivos, muchos pacientes quedan sin tratamiento. Estos posiblemente*

**es por las actitudes negativas que pueden influenciar en el tratamiento. Este estudio apuntó a investigar hacia actitudes negativas en los pacientes de edad deprimidos (28)**

**Norquist y cols. investigaron retrospectivamente el certificado médico de 2746 pacientes con depresión, hospitalizados en 297 hospitales generales en cinco diferentes estados. De los pacientes hospitalizados en unidades de especialidad psiquiátrica (1295) y por el médico general (1451), encontrando que un elevado porcentaje de admisión en la unidad de especialidades psiquiátricas fueron considerados apropiados. La evaluación psicológica fue mejor en la unidad psiquiátrica, los pacientes recibieron mejor servicio psicológico que en el barrio (29)**

**Un aprovechamiento racional en el uso de antidepresivos en los ancianos debe considerar la evidencia como si tal tratamiento es eficaz (en pruebas de controles) y la efectividad en la práctica clínica. Un efectivo tratamiento de depresión se desprende de la detección y la subsecuente iniciación y continuación de un adecuado tratamiento. Esta es una evidencia que debe ser considerada (30)**

## **10. Diagnóstico de depresión.**

**Debido a que la tristeza forma parte de la condición humana, cualquier discusión sobre los trastornos del estado de ánimo, implica la búsqueda confusa para la delimitación entre el estado normal y el anormal**

**La información sobre la depresión, al igual que en todos los síndromes psiquiátricos, se hace de la siguiente forma**

- 1. Historia clínica (Interrogatorio directo y exploración física)**
- 2. Información proporcionada por la familia o amigos cercanos**
- 3. Instrumentos a escala de medición**

**Una vez reconocido el síndrome depresivo se hará lo siguiente**

**A) Precisar el modo de instalación.**

**a) el modo de comienzo suele estar caracterizado por:**

- La precocidad de los trastornos del sueño**
- La progresión de la astenia**
- La agravación de la tristeza**

**b) Las circunstancias desencadenantes:**

- Hay que hacer hincapié para encontrar un traumatismo afectivo (separación, duelo, fracaso social o profesional)**
- Interrogar al respecto de un traumatismo orgánico**

**B) Volver a situar el síndrome depresivo en la vida del paciente.**

Existen 8 ítemos que forman la clave para el diagnóstico de depresión, según lo definido en el DSM III.

1. Poco apetito con pérdida de peso o aumento del apetito con aumento de peso.
2. Insomnio o hipersomnia
3. Agitación o retraso psicomotor.
4. Pérdida del interés o del placer en las actividades comunes o disminución del impulso sexual
5. Pérdida de la energía y sentimiento de fatiga.
6. Sentimientos de invalidez, autocrítica o de culpa inapropiada
7. Disminución de la capacidad para pensar o para concentrarse
8. Pensamientos recurrentes de la muerte o suicidio.

El paciente con 5 de estos 8 datos, está deprimido definitivamente, con 4 probablemente está deprimido. De acuerdo con el DSM-III, el estado de depresión deberá estar presente durante un mes para ser considerado como tal (25)

Auxiliares de diagnóstico en el diagnóstico de la depresión son las escalas de medición, como la escala de William W. K. Zung. (31)(32)(33)

Es preciso señalar que el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación no puede suplir a un buen estudio clínico efectuado por un médico competente.

La depresión puede ser medida en dos categorías básicas:

1. **LA MEDICIÓN COMPRENSIVA.** Es aquella que integra información del sistema de respuestas múltiples y provee una descripción comprensiva del estado depresivo, como ejemplo: escala de Hamilton, escala de Zung, etc.
2. **MEDICIÓN ESPECÍFICA.** Describe un ítem específico de la sintomatología depresiva, utiliza la información de un sistema único de respuesta, por ejemplo: el registro telemétrico de la actividad motora.

En 1964, Zung y Drurham, realizaron una investigación sobre depresión y en 1995 publicaron los resultados de una escala. La escala de Zung puede ser un útil instrumento para la búsqueda de este caso, auxiliando al médico general en la identificación de depresión en pacientes mayores de edad. (31)(32)

En este test se constituye una escala de medición que pueda también cuantificar la sintomatología, valida los ítemos diagnósticos de la escala en estudios culturales cruzados, determina y establece los valores de línea base de la normalidad para la escala, desarrolla versiones apropiadas de una escala de automedición para que sean usadas por un entrevistador. (32)(33)(35)

Las variables usadas son:

1. Relevantes para distinguir entre diferentes tipos de pacientes psiquiátricos.
2. Relevantes para distinguir entre pacientes psiquiátricos y normales.

3. Produce homogeneidad dentro de los grupos derivados de gentes para dar tratamientos
4. Utilizar asignaciones individuales y tener una asignación general en esta escala de automedición fueron incluidas las características mas comúnmente encontradas en la depresión como trastornos del humor caracterizado por sentimientos penetrantes y quejas de sentirse dopnmido, triste, lloroso, cansado
5. Síntomas psicológicos los cuales incluyen disturbios del sueño, disminución del apetito, de peso, libido, constipación, taquicardia y fatiga inexplicable.
6. Trastornos psicomotores en los que hay retardos y agitación
8. Trastornos psicológicos que incluyen, vacío, desesperación, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal e ideación suicida (34)

La escala de Zung comprende una lista de 20 declaraciones. Cada una de ellas se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan, de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desórdenes de la afectividad. A un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen: **MUY POCAS VECES; LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y CONTINUAMENTE.**

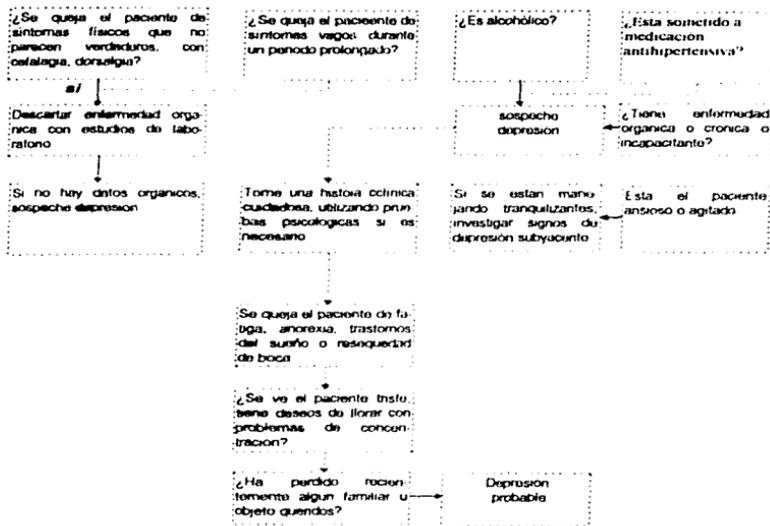
Se le da al paciente el cuestionario y se le pide que ponga una marca en el recuadro mas aplicable a su caso, en el momento de hacer la prueba

Para obtener la medición de la depresión del paciente, se escribe en el margen derecho el valor de cada declaración y luego se suman, esta calificación se convierte a un índice basado en 100. La Escala esta planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica

Se han incorporado ciertas medidas de protección, comunes a todas las pruebas psicológicas, en los encabezados de las columnas de calificación. Pero el paciente no podrá discernir alguna lentencia en sus respuestas, porque la mitad de las declaraciones están redactadas de manera sintomáticamente positiva y la otra mitad como negativa

**INTERPRETACIÓN DE LAS CALIFICACIONES, ESCALA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE LA DEPRESIÓN (EAMD)** La escala de la Asociación Mexicana de la depresión (AMD) no esta destinada a diferenciar la depresión como enfermedad de la depresión como síntoma. Sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico. En consecuencia, las calificaciones altas son una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica

**RELACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA AMD** Las declaraciones de la Escala AMD, están redactadas en el lenguaje común de los pacientes que sufren depresión. Si bien, esas palabras son las que puede usar el paciente, su significado identifica de manera precisa, un síntoma aceptado de depresión. Las declaraciones contenidas en el test, nos indican la evolución del estado depresivo, si se aplica cuantas veces se estime oportuno.



Esquema de vigilancia per reconocer al paciente deprimido (36)

## 11. Diagnóstico diferencial de la depresión.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial, en cualquier paciente en el que se sospeche un cuadro depresivo. Ciertas enfermedades médicas también suelen acompañarse de sintomatología depresiva secundaria, es importante que el médico realice una historia clínica completa con examen físico y mental así como pruebas de laboratorio y gabinete, adecuadas para contar con elementos necesarios para un diagnóstico correcto.

*Hay una relación estrecha entre el uso de escalas de evaluación y el nivel de la práctica médica. En la mayor parte de las investigaciones clínicas, se incluyó la aplicación de una o varias escalas y son bien aceptadas por los médicos que se dedican a este tipo de investigación (35)*

*Las enfermedades físicas, tanto agudas como crónicas pueden evolucionar con cuadros depresivos, de una manera especial los cuadros crónicos pueden inducir cuadros depresivos completos. Diversos autores reportan una prevalencia de depresión que supera el 25 % de pacientes médicamente enfermos (22)*

*La formulación de una definición de depresión como un trastorno, su aplicación en un instrumento de medición la validez, la exactitud y veracidad de los estudios realizados, así como la aplicación clínica de la escala de medición (31)(32)(33)*

## **12. Depresión en el anciano.**

*Cuando el ser humano envejece se encuentra ante múltiples situaciones que por inesperadas, resultan desconcertantes para él, y poco o nada comprensibles para los demás, con tanta o más razón si tienen su origen en ciertas patologías de fuerte impacto psicológico o emotivo, desde luego que las enfermedades nunca son bien recibidas, pero cuando por alguna razón afectan al anciano, el grado de incompreensión y de inaceptabilidad, se manifiesta al máximo en el seno de su familia (37)*

*En este estado de padecimientos, así como otros relacionados con la vejez, destaca la depresión, enfermedad psiquiátrica frecuente y generalizada a cualquier edad, pero bastante más en el senecto en quien normalmente se lo caracteriza como una persona quejumbrosa y gruñona, sin embargo en muchos casos las depresiones pueden pasar inadvertidas y por lo mismo no reciben el tratamiento adecuado, aún cuando existen antecedentes de tensiones físicas y sociales previas a la sintomatología, entre ellos se menciona la desnutrición como factor de importancia, otro sintoma predominante de la depresión es la anorexia, la cual agudiza la desnutrición que de por sí misma puede causar un estado de apatía e indiferencia, la cual provoca un círculo vicioso (38)*

*El cuadro clínico de la depresión puede variar en las personas de la tercera edad. Son más frecuentes una mayor gravedad de sintomatología psicótica y agitación psicomotora (26)*

*Los estados depresivos en pacientes mayores de 65 años presentan invariablemente, dificultades diagnósticas y deben descartarse un proceso demencial incipiente. Se sugiere que se valoren con meticulosidad para descartar la presencia de una causa física como el origen de su depresión*

*El paciente anciano depresivo constituye un desafío especial al profesionalista, ya que con frecuencia presenta enfermedades médicas concurrentes (Cuadro No 1)*

*Y si esta en tratamiento con múltiples medicamentos, esta situación crea un medio de causa y efecto demasiado complejo, como se ha planeado previamente. El hacer la distinción entre una depresión primaria y una secundaria, es con frecuencia bastante difícil, quizá el mayor peligro, que deba evitarse en esta situación, sea el diagnóstico precipitado de una depresión primaria y dejar pasar por alto una enfermedad médica subyacente o los efectos colaterales de un medicamento (11)*

*En virtud de que la enfermedad depresiva se puede asociar con molestias físicas, a veces no puede ser identificada e incluso considerarse, en algunas de sus manifestaciones, como anormal, esto puede acontecer en los cambios de humor y en actitudes hostiles, o bien en la confusión mental que puede presentarse en algunos cuadros febriles, otros son básicamente endógenos y requieren tratamiento psiquiátrico independientemente de las condiciones físicas, es en extremo difícil juzgar si las quejas de los ancianos, tienen su origen en trastornos físicos, psiquiátricos o de situaciones mixtas, las crisis depresivas son peligrosas porque durante ellas el paciente puede presentar tendencias suicidas, sobre todo si hay antecedentes de hipocondría (10)*

*Pacientes mayores de 60 años admitidos en un hospital de veteranos y consecutivamente referidos a la consulta del servicio de Psiquiatría para evaluación y desórdenes depresivos 18 (41.8%) de los 67 sujetos referidos por evolución o tratamiento de algún desorden depresivo fundamentado por estar en delirio. Comparados con los sujetos que no tenían delirio y que más fácilmente se integraron a las actividades diarias (24)*

*Los enfermos con delirio fueron catalogados por síntomas depresivos, con pérdida del humor (60%) disminución del autovalor (68%) y pensamientos de muerte frecuente (52%) Considerando el estado de salud se asume considerablemente el diagnóstico de delirium en pacientes hospitalizados que padecen de depresión (37)*

*En estudios realizados en comunidades de ancianos, de habla hispana y comunidades europeas se encontraron desórdenes depresivos en el 4.8% de los ancianos con demencia degenerativa tipo Alzheimer (4.3%) y demencia por múltiples infartos cerebrales (0.6%) La morbilidad psiquiátrica, específicamente depresión, fue asociada con bajo nivel de educación, casos de depresión leve se documentaron en el 25.4% de los casos de demencia y en desórdenes orgánicos leves el 8.2% con depresión mayor. La demencia y la depresión tienen muchas implicaciones nosológicas, allí puede estar la relación del bajo nivel de educación en la morbilidad psiquiátrica, particularmente en depresión (39)*

*Un peligro que puede evitarse, si se tiene en consideración en el paciente anciano, la depresión puede manifestarse como demencia, la responsabilidad del médico reside en el reconocimiento oportuno de la depresión y tratarla como un caso de demencia en el grupo geriátrico, desde luego esto no obvia la necesidad de una investigación exhaustiva de las causas orgánicas de la demencia*

*En un estudio realizado en los Estados Unidos, con 75, 850 pacientes que acudieron a consulta familiar. Se encontró un 20 % de predominio de síntomas de depresión mas significativos, siendo las mujeres de edad mas avanzada y las de niveles mas bajos de educación, la prevalencia de síntomas depresivos es mayor, que las de grupos mas jóvenes y con un estándar de educación mas elevado (40)*

*El predominio de los síntomas depresivos en personas mayores de edad se mantiene relativamente alto. Blazer y Williams reportaron una significante distorsión en casi el 15 % de una comunidad cuyas muestras basaron en adultos mayores de edad (5). Gurland et al. encontraron que el 13 % de los 65 del grupo de edad más avanzada tenían depresión persistente (19) en un estudio reciente, el 27 % de los adultos mayores de edad en la comunidad reportaron síntomas depresivos clínicamente significativos, asociados predominantemente con problemas físicos (41).*

*En un marco de cuidados primarios, fue estudiado el predominio de depresión en pacientes mayores de edad y fueron evaluadas la fiabilidad y validez de la escala de depresión genética (GDS). En 141 personas mayores de edad asistidas consecutivamente (64 a 90), de cuatro prácticas generales, se estimó el predominio de depresión con dos escalas de depresión (auto informe) los resultados de las dos escalas fueron comparados. 14 pacientes (12 %) resultaron por encima del límite de la escala de depresión de Zung (auto informe) y también 12 % en la escala de depresión genética. En diez pacientes ambas escalas indicaron la existencia de depresión. La calidad psicométrica de ambas escalas fue adecuada. Los resultados de la investigación establecieron predominios encontrados en otros países (28).*

## **12. Tratamiento del enfermo depresivo.**

*La posible etiología de la depresión, con seguridad de origen multifactorial, representa una indudable dificultad para el abordaje terapéutico, que todavía no alcanza a ser homogéneo para los diversos subtipos de la enfermedad depresiva. Se sabe que la eficacia de los antidepresivos es limitada y todavía no es posible predecir de manera adecuada quien va a responder a un determinado antidepresivo (42).*

*La depresión es un problema común en la gente de edad avanzada, pero algunos estudios sugieren que estos reciben un tratamiento inadecuado en la práctica general. Se realizó un cuestionario nacional del estudio del manejo de depresión al portador. El cuestionario fue llenado por 407 (61 %) de los 667 enviados muchos médicos generales cambian constantemente a nuevos antidepresivos por una sustancia preferida proporcionalmente a los tricíclicos (43).*

*En la actualidad se conoce de 65 a 70 % de pacientes deprimidos responden al tratamiento farmacológico antidepresivo. 15 % buena respuesta al manejo electroconvulsivo (que continúa siendo una maniobra terapéutica efectiva y con indicaciones precisas), 15 a 20 % "resistente" al tratamiento farmacológico y debe someterse a diversas formas de psicoterapia útiles para depresiones leves y crónicas. El reto actual al que se enfrenta la psiquiatría está en la identificación acertada del tratamiento o de la combinación de estos que beneficie a un paciente en particular (44).*

*Antes de seleccionar un antidepresivo, el médico debe obtener la información clínica necesaria para establecer un diagnóstico certero. También auxiliarse de ciertos estudios de laboratorio y gabinete para realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades. Pacientes que*

*presentan una buena respuesta farmacológica son los que tienen sintomatología con características endógenas y episodios depresivos previos.*

*La primera decisión importante es la de hospitalizar o no al sujeto de acuerdo con la gravedad de la sintomatología. Si el paciente no cuenta con el respaldo familiar adecuado, la terapia electroconvulsiva (TEC) sigue siendo el tratamiento de elección para aquellos pacientes que muestran resistencia al tratamiento farmacológico a dosis y por tiempos adecuados.*

*Es importante recordar que la acción antidepressiva de los medicamentos se produce tres a cinco semanas después de haber instalado el medicamento a una dosis óptima, por lo tanto, no se puede decir que un fármaco fallo antes de por lo menos seis semanas. La dosis inicial debe ser la mitad de la dosis óptima y puede darse una dosis única o repartirse en dos o tres tomas al día, lo cual depende del fármaco elegido. En el paciente de la tercera edad, siempre se deberán administrarse dosis más bajas de prueba y observar la tolerancia del sujeto al medicamento (45).*

*En caso de estar ante una depresión con agitación psicomotriz, deberá seleccionarse un antidepressivo con mayor efecto sedante, por ejemplo amitriptilina, debido a su potente acción sobre el receptor histaminérgico H (37). En los pacientes con un cuadro depresivo asociado a un retardo psicomotriz, deberá seleccionarse un antidepressivo poco sedante, por ejemplo desipramina, cuya acción histaminérgica es baja (30).*

*Hoy en día es sabido que un paciente que presenta un primer episodio depresivo tiene 50 % de probabilidad de presentar un segundo episodio. Por otro lado, un sujeto que ha presentado dos episodios depresivos tiene 70 a 80 % de probabilidad de presentar un nuevo episodio en el transcurso de su vida (38).*

*La anterior deberá continuar con la medicación antidepressiva durante un mínimo de 6 a 12 meses. Ya que hasta que el curso de la depresión termine (7 a 14 meses) (20). La dosis de mantenimiento a nivel similar al de la dosis terapéutica da menores índices de recaída. Se ha postulado que los antidepressivos inhiben la recaptura de los neurotransmisores del espacio sináptico a la neurona presináptica, lo que produce una mayor concentración de monoaminas para un adecuado funcionamiento neuronal, con la consecuente estimulación postsináptica de los receptores a noradrenalina o serotonina, según el caso (38).*

*Este bloqueo en la recaptura de las aminas biógenas por los antidepressivos tricíclicos y la reducción del catabolismo se produce dentro de minutos u horas después de la administración del fármaco en dosis única y persiste a lo largo del tratamiento, pero la mejoría clínica se produce 15 a 28 días después. (37)*

*La transmisión noradrenérgica no aumenta en virtud de un mecanismo de inhibición de la recaptura, sino por los efectos antagonistas del fármaco a nivel de receptores presinápticos alfa-2 que estimula, a su vez, la liberación del neurotransmisor (26).*

*Hoy en día existen múltiples antidepressivos y de todos ellos han sido comparados en estudios clínicos controlados con la imipramina, esta se mantiene con el fármaco de referencia, a pesar de ser uno de los fármacos más antiguos, pero cuya efectividad en el tratamiento de la depresión no ha sido superada.*

Los nuevos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y los IRMAO, tienen la ventaja de poseer un perfil de efectos secundarios menos intensos, conservando una potencia antidepresiva similar (46)

La acción inhibidora de la dexametasona sobre el cortisol esta ausente en un porcentaje de pacientes deprimidos, 50 % de los pacientes con depresión mayor presentan supresión disminuida de la secreción endógena de cortisol después de administrar 1 mg de dexametasona, esta prueba puede ser eventualmente útil para diagnosticar ciertos subtipos de trastornos afectivos y puede servir como orientación para la selección de tratamiento antidepresivo (47)

Un metaanálisis de 10 estudios en pacientes ancianos del uso de la paroxetina (n=387) como un efectivo antidepresivo, y como controles activos (amitriptilina n=110, clorimipramina 109, doxepin 102, mianserina (28) Paroxetina fue efectiva en el tratamiento de síntomas de ansiedad asociados con depresión, causando menos sedación comparada con los controles activos. La reducida cardiotoxicidad de la paroxetina y un efecto benéfico en pensamientos suicidas. Sobre todo el resultado indica que la paroxetina es una terapia alternativa de primera línea a diferencia de antenores antidepresivos y que se debe asumir considerando el tratamiento en pacientes ancianos (45)

En Canadá, 109 pacientes de mas de 60 años de edad con depresión mayor (DSM-III-R), fueron tratados durante siete semanas de tratamiento, con dosis de 400 mg/día moclobamida, 75 mg/día nortriptilina y placebo. Fue necesario a ajustar la dosis de nortriptilina en menos del 20 % de los pacientes para mantener niveles séricos dentro de la postulación terapéutica de 50-170 ng/ml. A final del tratamiento, la velocidad de remisión fue de 23 % para moclobamida, 33 % para nortriptilina y 11 % para el placebo. Efectos anticolinérgicos y ortostáticos ocurrieron más frecuentemente con pacientes con nortriptilina que cualquiera con moclobamida y placebo (15)

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

*La depresión es un padecimiento que comúnmente se presenta asociado a diferentes enfermedades físicas, siendo difícil diagnosticarla, pero si es identificada oportunamente se puede realizar una consulta mas integral a estos pacientes, por lo que considero que es importante para los médicos familiares tener un conocimiento mas amplio sobre los problemas psiquiátricos que surgen durante la consulta al tratar pacientes genátrncos y aprovechar la frecuencia y confianza con la que acude este tipo de pacientes para poder detectarla y tratarla.*

*Debido a que en la Clínica Hospital donde presto mis servicios en la consulta externa se ha visto una gran frecuencia de pacientes genátrncos, con signos y síntomas de depresión y como no se ha realizado ningún trabajo que me pueda indicar la existencia y/o prevalencia de la misma, me surgió la inquietud de conocer:*

*¿Cual es la prevalencia de depresión en pacientes genátrncos que acuden a la consulta de Medicina Familiar en la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz" I.S.S.T.E. Querétaro*

### III. JUSTIFICACIÓN

Es necesario que los médicos familiares estén en condiciones de conocer y detectar oportunamente los síntomas y signos de depresión, para poder dar a esta entidad nosológica, la importancia debida. Esto se puede detectar a través de la relación médico-paciente debida a la confianza que este último le tiene, al referir no solo los síntomas físicos, sino sus problemas familiares y emocionales, todo esto permite ver al paciente dentro de sus tres esferas biopsicosocial y no concentrarse únicamente al padecimiento físico. En un estudio realizado en los Estados Unidos, con 75 850 pacientes que acudieron a la consulta familiar. Se encontró un 20.9 % de predominio de síntomas depresivos más significativos, siendo en las mujeres en edad avanzada y las de niveles más bajos de educación, la prevalencia de síntomas depresivos mayor, que en la de los grupos más jóvenes y con un estándar de educación más elevado. (12)

En el año de 1995 en la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz", se otorgaron en la consulta externa de Medicina Familiar el 7.5 % de consultas a mayores de 65 años, mientras en la consulta del servicio de Psiquiatría se dieron el 9.5 % en el mismo grupo de edad con una diferencia en el sexo femenino del 7.4 %. Igualmente debido a que la depresión enmascarada y no tratada agobia los sistemas de salud resulta costosa en extremo, en virtud de que los pacientes deprimidos, hacen frecuentes visitas al médico, para el alivio de los síntomas somáticos que constituyen la esencia de la depresión mayor.

La facilidad de llevar a cabo este tipo de estudio es grande, ya que solo requiere de tiempo para aplicar el test de la escala de Zung. Que es una forma útil de elevar todavía más el índice de sospecha antes de iniciar tratamiento con medicamentos. En contraste con las pruebas psicológicas que deben ser aplicadas por un psicólogo. La escala de autocalificación de Zung puede ser aplicada rápida y fácilmente en el consultorio del médico familiar. La prueba es particularmente útil para descubrir y cuantificar la depresión enmascarada por malestares somáticos sin base orgánica aparente, ahorrando así tiempo tanto para el paciente como para el médico y proporcionando fundamentos adicionales para considerar el tratamiento antidepressivo.

## **IV. OBJETIVOS**

### **1. Objetivo General**

*Conocer la prevalencia del síndrome de depresión en los pacientes geriátricos pensionados y jubilados de la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"*

### **2. Objetivos Específicos:**

- *Determinar la prevalencia de depresión por sexo en pacientes geriátricos.*
- *Determinar la prevalencia de depresión por grupos de edad en pacientes geriátricos.*
- *Determinar el grado de depresión en los pacientes geriátricos.*
- *Determinar grado de depresión por sexo en los pacientes geriátricos.*
- *Determinar grado de depresión por grupo de edad.*
- *Determinar grado de depresión por edad y sexo.*

## **V. METODOLOGÍA**

### **1. Tipo de estudio.**

*Prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.*

### **2. Población, lugar y tiempo.**

*- Universo de estudio:*

*La Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz" del I.S.S.S.T.E., en Querétaro, Qro. cuenta con 21 920 derechohabientes y 18 400 son usuarios, de estos 1 200 pacientes corresponden a pensionados y jubilados.*

*- Lugar y tiempo:*

*Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz" del I.S.S.S.T.E. Querétaro. de los meses del 1 de marzo al 31 de mayo de 1995.*

### **3. Tipo y tamaño de la muestra:**

*El tipo de muestreo es no probabilístico por cuotas hasta completar 120 de los pacientes jubilados y pensionados que acudieron a consulta de Medicina Familiar y aceptaron participar, en el período del 1o. de marzo al 31 de mayo de 1995.*

### **4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.**

#### **4.1. Criterios de inclusión.**

- Pacientes derechohabientes del I.S.S.S.T.E.*
- Pacientes jubilados y pensionados de 60 años y mas.*
- Pacientes que acepten colaborar.*
- Pacientes que no estén en tratamiento con Psiquiatría.*

#### **4.2. Criterios de exclusión.**

- Menores de 60 años.
- Que no sea pensionado o jubilado.
- Que no acepten participar.
- No contestar el cuestionario en forma individual.
- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión

#### **4.3. Criterios de eliminación.**

- Cometer errores en el llenado del test, voluntaria o involuntariamente.
- Llenar el cuestionario en forma incompleta
- Cuestionario resuelto con ayuda de otra persona, que influya en la respuesta.

#### **5. Información a recolectar.**

##### **- Variables de medición.**

*Edad: Variable cuantitativa continua*

*Sexo: Variable cualitativa*

*Depresión: Variable cualitativa*

#### **6. Método o procedimiento de captación de la información.**

*La información se obtendrá por medio de la aplicación de la encuesta de la Escala de Zung. La escala consta de 20 preguntas, diez expresadas sintomáticamente positivas y diez sintomáticamente negativas. Cada uno de los 20 puntos se responde bajo cuatro términos cuantitativos tales como: nada o pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo, casi siempre. En esta escala los pacientes menos deprimidos tendrán un valor más alto en el conteo.*

*Se da al paciente la lista de declaraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso. En el momento de hacer la prueba; y una vez terminada para calificar el test se asignó un valor de 1, 2, 3 y 4 a una respuesta, dependiendo si la respuesta fue positiva o negativa; se describe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma un índice para el test se deriva de dividir la suma de los números obtenidos en los 20 puntos entre 80 y convertir esos números en rangos de 25 a 100.*

## **7. Consideraciones éticas.**

*Se realizó el estudio aplicando el test de Zung, previa autorización de los pacientes, conservando su anonimato, para continuar con la confianza en la relación médico-paciente.*

*Contando ya con la autorización de la Dirección, Jefatura de Enseñanza y del Profesor Titular del curso de la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz" del I.S.S.S.T.E. en Querétaro, Qro., ya que es importante su diagnóstico.*

## **VI. RESULTADOS**

*Del total de 120 pacientes encuestados se encontró, que la distribución por sexo es mayor en el sexo femenino con 68 (57 %) y 52 del sexo masculino (43 %). Tabla No 1*

*En la distribución por edad, se agruparon por décadas encontrándose que en las edades de 60 a 69 años fue 76 (64 %), 70 a 79 con 44 (36 %), hasta un total de 120. Tabla No 2*

*Se encontró depresión en un total de 16 personas de ambos sexos (13 %) y en el resto de ellas 104 (87 %) no se encontró sintomatología que sugiera depresión Tabla No 3*

*En la depresión por sexo, encontramos una mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino con 9 casos (56 %) y en el sexo masculino 7 casos (44 %) Tabla No 4*

*La presencia de depresión por edad y sexo, encontramos una prevalencia de depresión en las edades de 60 a 69 sexo femenino 6 y de 70 a 79 años del mismo sexo con 3 casos y en el sexo masculino en los grupos de edad de 60 a 69 con 4 casos, en el grupo de 70 a 79 años del sexo masculino 3 caso Tabla No. 5*

*Del total de 16 pacientes con depresión se encontró que de acuerdo con los tipos de depresión, la mayor prevalencia para la depresión leve con 9 (56 %), continuando la depresión moderada con 5 (31 %) y luego la depresión severa con 2 casos (13 %) Gráfica No 6*

*En el grado de depresión por sexo, se presentó depresión severa solo en el sexo femenino con 2 casos (13 %), depresión moderada 2 casos (13 %) en el sexo masculino y en el sexo femenino 3 casos (19 %) encontrando 5 casos (30 %) de depresión leve en el sexo masculino y 4 casos (25 %) en el sexo femenino. Gráfica No 7*

*En el grado de depresión por grupo de edad se encontró mayor prevalencia en el grupo de edad de 60 a 69 con 5 casos y de 70 a 79 años con 4 casos, en la depresión leve, con depresión moderada de 60 a 69 años 3 casos y de 70 a 79 con 2 casos y con depresión severa solo se presentó en el grupos de edad de 60 a 69 años Gráfica No 8*

*En el grado de depresión por edad y sexo, la depresión leve se encuentra en las mujeres de 60 a 69 2 casos, en el sexo masculino de este mismo grupo de edad 3 casos, de 70 a 79 sexo masculino 3 casos y 1 caso en el sexo femenino, con depresión moderada en el sexo masculino y grupo de edad de 60-69 con 2 casos, en el sexo femenino en este grupo de edad solo 1 caso, de 70 a 79 años se encontraron 2 casos solo en el sexo femenino, y con depresión severa solamente 2 caos en el sexo femenino en el grupo de edad de 60 a 69 años. Gráfica No. 9*

Tabla No. 1  
**DISTRIBUCIÓN POR SEXO**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"  
 I.S.S.S.T.E. Querétaro, Qro.  
 1995

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	52	43.33
<b>Femenino</b>	68	56.66
<b>TOTAL</b>	120	100

Fuente: Encuesta  
 Consultorio No 7

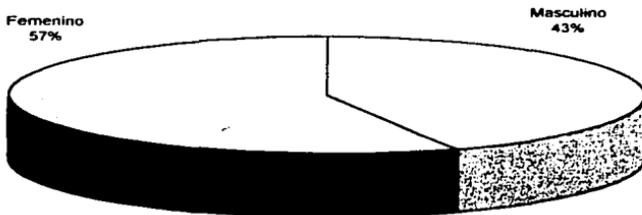


Tabla No. 2  
**DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"  
 Querétaro, Qro.  
 1995

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
60 - 69	76	64%
65 - 69	44	36%
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta  
 Consultorio No 7



Tabla No. 3  
**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"  
 I.S.S.S.T.E. Querétaro  
 1995

DEPRESIÓN	PREVALENCIA	PORCENTAJE
Con depresión	16	13 %
Sin depresión	104	87 %
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta  
 Ambos sexos  
 Edades de 60 a 79 años

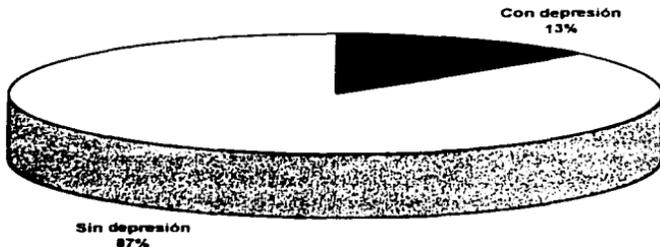


Tabla No. 4  
**DEPRESIÓN POR SEXO**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"  
 I.S.S.S.T.E. Querétaro.  
 1995

DEPRESIÓN	S E X O				TOTAL
	Masculino	%	Femenino	%	
Con depresión	7	6	9	8	16
Sin depresión	45	37	59	49	104
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>43</b>	<b>68</b>	<b>57</b>	<b>120</b>

Fuente: Encuesta  
 Edades de 60 a 79 años.

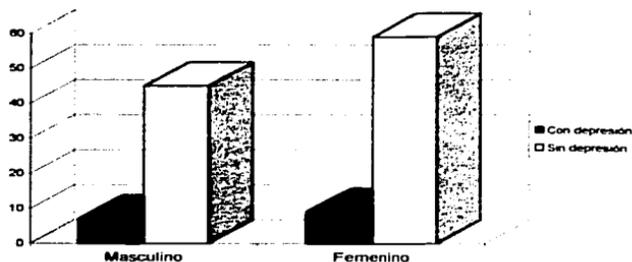


Tabla No. 5  
**DEPRESIÓN POR EDAD Y SEXO**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"  
 I.S.S.S.T.E. Querétaro.  
 1995

DEPRESIÓN	S E X O				TOTAL	
	60 — 69		70 — 79		M	F
	M	F	M	F		
Con depresión	4	6	3	3	7	9
Sin depresión	26	40	19	19	45	59
TOTAL	30	46	22	22	52	68

Fuente: Encuesta

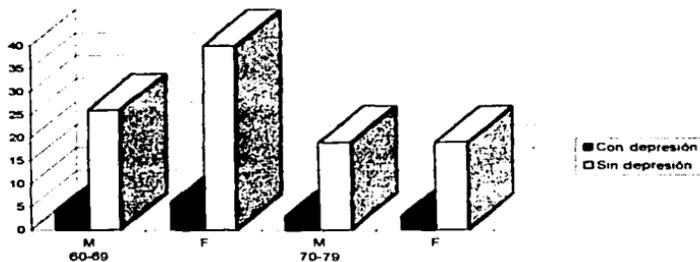


Tabla No. 6  
**GRADO DE DEPRESIÓN**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"  
 I.S.S.S.T.E. Querétaro.  
 1995

GRADO DE DEPRESIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Depresión leve	9	13 %
Depresión moderada	5	56 %
Depresión severa	2	31 %
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuesta.  
 Edades de 60 a 79 años

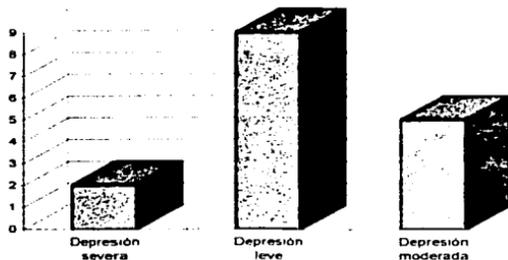


Tabla No. 7  
**GRADO DE DEPRESIÓN POR SEXO**

Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"

I.S.S.S.T.E. Querétaro.

1995

GRADO DE DEPRESIÓN	SEXO				TOTAL
	Masculino	%	Femenino	%	
Depresión leve	5	30	4	25	9
Depresión moderada	2	13	3	19	5
Depresión severa	0	0	2	13	2
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>56</b>	<b>16</b>

Fuente: Encuesta  
 Edades de 60 a 79 años

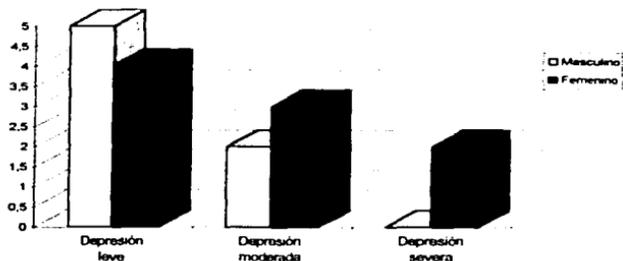


Tabla No. 8  
**GRADO DE DEPRESIÓN POR EDAD**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"  
 I.S.S.S.T.E. Querétaro.  
 1995

GRADO DE DEPRESIÓN	E D A D		
	60-69	70-79	TOTAL
Depresión leve	5	4	9
Depresión moderada	3	2	5
Depresión severa	2	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>16</b>

Fuente : Encuesta  
 Ambos sexos

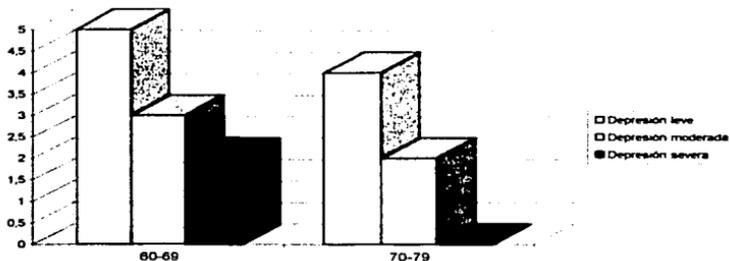
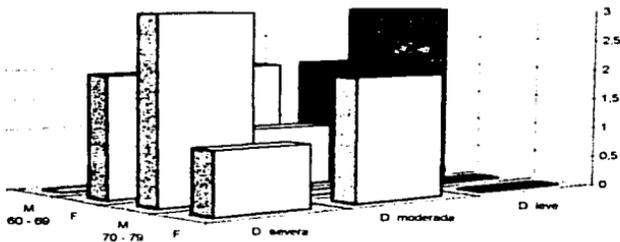


Tabla No. 9  
**GRADO DE DEPRESIÓN POR EDAD Y SEXO**

Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz"  
 I.S.S.T.E. Querétaro.  
 1995.

GRADO DE DEPRESIÓN	EDAD				TOTAL
	60-69		70-79		
	M	F	M	F	
Depresión leve	2	3	3	1	9
Depresión moderada	2	1	0	2	5
Depresión severa	0	2	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>16</b>

Fuente: Encuesta



## **VII. DISCUSIÓN**

*La diferencia por sexo es significativa a razón de 1:3 hombres por mujeres que son las que acuden más a consulta teniendo una diferencia mayor al 50 % del total de las consultas en el consultorio No 7 de la consulta externa Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz".*

*Se encontró un 13 % de depresión en ésta población, similar a los resultados obtenidos por Guñad et al encontrar que el 13 % de los 65 pacientes del grupo de edad mas avanzada tenían depresión persistente (19) En otro estudio realizado con dos escalas (auto informe), los resultados de las dos escalas fueron comparados, 14 pacientes (12 %) resultaron por encima del límite de la escala de depresión de Zung (auto informe) y también 12 % en la escala de depresión genática. En diez pacientes ambas escalas indicaron la existencia de depresión. La calidad psicométrica de ambas escalas es adecuada (16) En un estudio reciente, el 27 % de los adultos mayores de edad en la comunidad reportaron síntomas depresivos clínicamente significativos, asociados predominantemente con problemas físicos( 41)*

*Se encontró el 56 % (9) de casos de depresión en mujeres y un 44 % (7) en hombres en total, en otro estudio realizado en Estados Unidos se encontró un 20 % de predominio de síntomas de depresión mas significativos, siendo las mujeres de edad mas avanzada y las de niveles mas bajos de educación las afectadas (2)*

*De los grados de depresión, la depresión leve es la más común con un 56 % dadas sus características. De depresión grave se encontraron solo 3 casos. Aproximadamente el 50 % de los pacientes presentan un episodio depresivo mayor recurrente. El episodio depresivo mayor tiene una duración promedio de 9 a 12 meses y tiende a autolimitarse aún sin tratamiento antidepressivo (12)(10)(25)*

*Se encuentra una diferencia importante en el tipo de depresión por sexo, encontrando solo depresión severa en el sexo femenino y en edades de 60 a 63 y de 64 a 67. De acuerdo a los estudios realizados la depresión en cualquiera de sus grados es más frecuente en las mujeres de cualquier edad, por consiguiente se encuentran grados mayores de depresión. Y en un estudio realizado en Estados Unidos se encontró que el 20 % de los pacientes de edad avanzada que acuden a la consulta de Medicina Familiar presentan algún grado de depresión.(19) 266 pacientes ancianos que iniciaron justamente tratamiento neuroléptico, fueron predominantemente femeninas (75%) con una media de edad 76.9 (+ 9.2) años. Un diagnóstico psiquiátrico fue registrado por el 44%, primeramente desorden depresivo mayor.(27)*

## VIII. CONCLUSIONES

- 1 En este trabajo se demuestra que efectivamente hay depresión en el paciente genético*
- 2 Es más frecuente la depresión en pacientes femeninos tal vez porque la frecuencia de mujeres es mayor en la consulta familiar y que probablemente la mujer por su carácter más abierto, busque atenderse de aquello que le aqueja*
- 3 La depresión menor es la que se encontró en mayor porcentaje y esto nos puede orientar a que pueda pasar desapercibida o se enmascare con otras patologías*
- 4 La depresión severa se encontró solo en mujeres (2 casos) siendo al parecer el sexo femenino el más afectado con esta patología; la edad más afectada es de 60 a 69 años, en las que se debe tener mayor cuidado*
- 5 Dado que el paciente genético se enfrenta a una etapa difícil debido a que tiene limitaciones y que debe aceptarlas con fortaleza, si ha tenido éxito económico en su trabajo la vida puede ser más cómoda y placentera y en caso contrario la carencia le producirá angustia, y si el matrimonio ha caído en el distanciamiento y el mal hábito de comunicación a través de los hijos, la ausencia de estos pudo ser insoportable dejando con esto una desilusión y una insatisfacción por lo que fue y no pudo ser su vida familiar, causando con esto una mayor probabilidad de presentar un cuadro de depresión con más facilidad*
- 6 Los hallazgos obtenidos en esta investigación, se podría sugerir una modificación en el balance de atención, en el médico de primer nivel que ponga mayor énfasis en pacientes con sospecha de depresión, especialmente si estos son genéticos*
- 7 Al aplicar el test de Zung corroboré su fácil aplicación en 10 minutos, y su efectividad del 100% para diagnosticar la depresión en sus etapas establecidas, considerandola un útil instrumento para los Médicos Familiares, ya que en la práctica la gran mayoría no utiliza esta escala, algunos las consideran superficiales, sin valorar sus ventajas*

## **IX. BIBLIOGRAFÍA**

1. *González Aragón Gs; Aprendamos a envejecer sanos, México, Consta. Amic Editores S.A., 1984. 21-27.*
2. *Glosario Internacional de gerontología social. Varios autores. 1985 21-25*
3. *Babb-Stanley et al Apuntes tomados en clases y conferencias. México. 1985-1986 22-34*
4. *Salgado A, Guillen F., Manual de Genetría, ed Salvat, 1992, IX,29-31.*
5. *Blazer D Williams Co., Epidemiology of disphora an depression in an elderly population, Am J. Psychiatry, 1980, 137-439*
6. *Davazo, G El sufrimiento. Bogotá, Col., Secretanado Latinoamericano de renovación, SELARE, 1987, 18, 51*
7. *Bronfman M, Gómez de León V, Lezana MA, Olaiz G, Rico B La Salud de la población de edad avanzada Un reto más hacia el futuro. Cuadernos de salud Población y salud Secretaría de Salud México 1994 (1) 11-3*
8. *Anzola PE El envejecimiento en América Latina y el canbe OPS publicación científica No 492 OPS/OMS Washington EUA, 1985 9-24*
9. *Manual de Genetría, Subdirección General Médica del I S S S T E México, D F 1990, 30-32*
10. *Aspectos psiquiátricos de la medicina de urgencia, Clínica de medicina de urgencia de norteamérica, ed Interamericana, Mc Graw-hill, 1991, 113-128*
11. *American Psychiatric association, Diagnostic and Statcal Manual, 3a Ed (revised), Washington D C, Améncan Psychiatric association press, 1987,32*
12. *Alonso Fernández Francisco, Compendio de Psiquiatría, Ed Oteo, Madnd España, 1978:359.*
13. *Kay Dwr, et al, Endogenous and neurotic syndromes of depresión a factor analytic study of 04 cases. Clinical features, Br J. Psychiatry, 1969, 115 377-380.*
14. *Ayuzo JL; Saiz, Las depresiones, España Impostecnia, S A, México, Interamencna, 1981.*
15. *Nair-NP; Amin-M; et al., Moclobemide and nortryptiline in elderly depressed patients. A randomized, mlticentra trnal against placebo, Douglas Hospital Research, Center Verdum, Que: Canada, J-affect-disord, 1995, Jan. 11;33(1)1-9.*
16. *Shivab J Clemons R.S., Bialow M y col. A study of the somatic sintomatology of depression in medical patihents psychosomatics, 1965, 6:273*

17. Dubooskyl weissberg M.P. : *Depression in clinical psychiatry in primary care*. Ed 3. Baltimore, Williams Wilkins, 1986: 23
18. Enkson EH: *Identity youth, and crisis*. New York norton 1968 99 1103-1109
19. Gorland BJ et al. *The epidemiology of depression and dementia in the elderly the use of multiple indicators of elderly The use of multiple indicator of these conditions in coles Jo. Barrett Je (eds) Psychopathology of the aged* New York, Raven, 1980 35
20. Pfifr Jf Murell SA. *Stologic factors in the onset of depressive symtons in older adults*. J Abnorm Psychol. 1986, 95-282
21. Arch gen Psychiatry I vol 29 Sept. 1993. 328-336
22. Bant *Chronic Disease and depression in the genatnc population*. J. Clin. Psychiatry, 1984, 45-18.
23. P Marchais. *Procesos patológicos en el adulto*. Prensa Médica Mexicana. Ed Español. 1985, 183
24. *Organización mundial de la Salud. Clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento*. 10a revisión. Ginebra, 1992
25. DSM-IV, *Manual de Psiquiatria*. México. 1995. 160-199
26. Marone J Lubin B. *Relationship between sets of the depression adjective cherk-list (dall) and zong self-rating depression scale (SDS) psychol Rep* . 1968. 22 333-334
27. Woemer-Mg, Alvr-Jm, Kane-Jm, Saltz-BI, Lieberman-Ja. *Neuroleptic treatment of elderly patients Department of psychiatry, Hillside Hospital, Long Island. Jewish Medical Center, Glenoaks, NY 11004. U S A Psychopharmacol-bull*, 1995, 31(2) 333-7
28. Collins-E, Katena-C, Orrell-M. *Management of depression in the elderly by general practitioners: 11 attitudes to ageing and factors affecting practice, Pnncess Alexandra Hospital, Harlow, Essex Uk* , Fam Pract . 1995, mar 12(1) 12-17
29. Norquist-G: et al. *Quality of care for depressed elderly patients hospitalized in the speciality psychiatric units or general medical wards National Institute of mMental Health, Rockville, MD. U S A* . Arch Gen Psychiatry. 1995, aug S2(8) 695-701
30. Katona-C. *Rationalizing antidepressants For elderly people*. Department of Psychiatry, University College London Medical Shool, Uk , Int Clin-psychopharmacol, 1995, mar 10 suppl. 1:37-40
31. Zung W.W.K. *Facts influencing. The self rating depression scale*. Arch. Gen psychiatry, 1972, 12 63-67
32. Zung W.W.K. Richards C Short M.J. *Self rating depression scale in an out patient clinica*. Arch Gen. Psychiatry, 1965, 13 508-515.

33. Zung W.W.K., Broadhead-We, Roth-me prevalence of depressive symptoms in primary care, *J. Fam-pract*, 1993, Oct, 37(4):337-44.
34. Zung W.W.K., Escala de automedición de la depresión, *Arch. Gen. Pschiat.*, 1965, vol. 12, enero, 63-70.
35. Van Marwick-H; Arnold-I, Bonnema-J, col. Self report depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study, *Fam. Pract.*, 1993, 10(1):63-65
36. Serrano Valle B.O., Detección de depresión por Escala de Zung en pacientes de la tercera edad, 1995, unidad Moctezuma
- 37.Prien R.F, Robindon D.S, Lerfeld S.C y col. Maintenance the rapies in recurrent depression, *New findings psychopharmacology*, 3. VII, 1991, 27-31.
38. Angst. Noww Recurrent And predictable is depressive illness, en: *Montgomerys, Rovillon F. Longterm treatment of depression, Inglaterra. Vohn Willey and Sons, 1992, 1 35*
39. Lobo-A; et. al., The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern european population the Zaragoza study, *Psychosomatic service, Faculty of Medicine University de Zaragoza, Spain, Arch Gen. Psychiatry, 1995, Jun 52(6):497-506.*
40. Robinson Ds. et al. Relation of sex and a Ging to monoamineoxidasa activity of human plasma and platelets, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1971, 24 536
41. Blazer D. et al, *The epidemiology of depression in an elderly comunity population, Gerontologist*, 1987, 27,281.
42. Priest R.G. Antidepressant of the future *Br. J. Psychiatry*, 1989, 155 (SUPPI 6), 7.
43. Orrell-M, Collins-E; Shergill-S; Katona-C; *Management of depression in the elderly by general practitioners: I use of antidepressants, University Collage London Medical School, Uk, Fam. Pract. 1995 Mar;12(1):5-11.*
44. Fanel-Kr; Ganzini-I, *Misdiagnosing delinum as depression in medically in elderly patients. Departament of medicine Oregon health sciences university, Portland, U.S.A., Arch-inten-med, 1995 dic 11-25;155 (22): 2459-64.*
45. Dumber-gc; *Paroxetine in the elderly: a comparative meta-analysis aagainst standard, Antidepressant pharmacother apy, Pharmacology 1995 sep 51(3):137-44.*
46. Carney D.S Neiniger GT, Sternberg DF y col. *Presinaptic adrenergic receptor sensitivity-in depression, Arch. Gen. Psychiatry*, 1981; 38:1334.
47. Carroll BJ, Feinburg M Greden J.F., and col. *A specific laboratory test. for the diagnosis of mecncholia, arch, gen, psychiatry, 1981; 38: 15.*

## **X. ANEXOS**

## ESCALA DE ZUNG.

	<i>Muy pocas veces</i>	<i>algunas veces</i>	<i>la mayor parte del tiempo</i>	<i>continua- mente</i>
1. <i>Me siento abatido y melancólico</i>	1	2	3	4
2. <i>En la mañana me siento mejor</i>	4	3	2	1
3. <i>Tengo accesos de llanto o deseos de llorar</i>	1	2	3	4
4. <i>Me cuesta trabajo dormirme en la noche</i>	1	2	3	4
5. <i>Como igual que antes solía hacerlo</i>	4	3	2	1
6. <i>Todavía disfruto de las relaciones sexuales</i>	4	3	2	1
7. <i>Nota que estoy perdiendo peso</i>	1	2	3	4
8. <i>Tengo molestias de constipación</i>	1	2	3	4
9. <i>El corazón me late más aprisa que de costumbre</i>	1	2	3	4
10. <i>Me canso sin hacer nada</i>	1	2	3	4
11. <i>Tengo la mente clara como antes</i>	4	3	2	1
12. <i>Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro</i>	4	3	2	1
13. <i>Me siento intranquillo</i>	1	2	3	4
14. <i>Tengo esperanza en el futuro</i>	4	3	2	1
15. <i>Estoy mas irritable</i>	1	2	3	4
16. <i>Me resulta fácil tomar decisiones</i>	4	3	2	1
17. <i>Me siento que soy útil y necesario</i>	4	3	2	1
18. <i>Mi vida tiene bastante interés</i>	4	3	2	1
19. <i>Creo que les haría un favor a los demás muriéndome</i>	1	2	3	4
20. <i>Todavía disfruto de las cosas</i>	4	3	2	1

