

153
11226 91



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "XOCHIMILCO"

**ESTUDIO PILOTO DE APLICACION DEL TEST
GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS 15) EN
ANCIANOS DE LA CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR XOCHIMILCO DEL ISSSTE**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. JUDITH VANEGAS TAPIA**



MEXICO, D. F.

**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

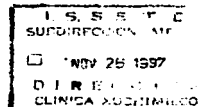
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"XOCHIMILCO"

ESTUDIO PILOTO DE APLICACIÓN DEL TEST *GERIATRIC DEPRESSION*
SCALE (GDS 15) EN ANCIANOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA
FAMILIAR XOCHIMILCO DEL ISSSTE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. JUDITH VANEGAS TAPIA



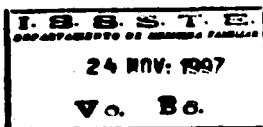
MÉXICO, D.F. 12 DE NOVIEMBRE DE 1997.

ESTUDIO PILOTO DE APLICACIÓN DEL TEST *GERIATRIC DEPRESSION SCALE* (GDS 15) EN ANCIANOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO DEL ISSSTE

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

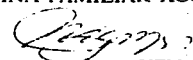
Presenta:

DRA. JUDITH VANEGAS TAPIA



AUTORIZACIONES


DRA. MARÍA CAROLINA GÁLVEZ JIMÉNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE EN
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO DEL ISSSTE


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


DR. HÉCTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.T.E.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "XOCHIMILCO",
MÉXICO, D.F. 12 DE NOVIEMBRE DE 1997.

ESTUDIO PILOTO DE APLICACIÓN DEL TEST *GERIATRIC DEPRESSION SCALE* (GDS 15) EN ANCIANOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO DEL ISSSTE


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

PRESENTA:

DRA. JUDITH VANEGAS TAPIA

AUTORIZACIONES


DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO TRIGOYEN 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.

AGRADECIMIENTOS

AL DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
Por su invaluable amistad y apoyo.

AL DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
Por su profesionalismo, dedicación y sabio asesoramiento para la realización de la presente tesis.

A MIS PADRES, HERMANOS Y A SAMY:
Por su apoyo, amor, cariño, comprensión y todo lo que de ellos he aprendido; solo les digo muchas gracias por todo ello.

AL BIÓLOGO ANDRÉS HERNÁNDEZ GÓMEZ
Por su asesoramiento técnico en computación.

A LA SRA. ALICIA GARCÍA GARCÍA
Porque a ella le debo el trabajo procesado por computadora.

ESTUDIO PILOTO DE APLICACIÓN DEL TEST *GERIATRIC DEPRESSION*

***SCALE* (GDS 15) EN ANCIANOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA**

FAMILIAR XOCHIMILCO DEL ISSSTE

ÍNDICE GENERAL

1.- MARCO TEÓRICO	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3.- JUSTIFICACIÓN	21
4.- OBJETIVOS	23
- GENERAL	
- ESPECÍFICOS	
5.- METODOLOGÍA	24
- TIPO DE ESTUDIO	
- POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	
- INFORMACIÓN A RECOLECTAR. VARIABLES A RECOLECTAR	
- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
6.- RESULTADOS	27
- DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	
- CUADROS	
7.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	30
8.- CONCLUSIONES	31
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
10.- ANEXOS	34

MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que se conocen: Las descripciones de los cambios de ánimo, semejantes a los que se consideran en nuestros días característicos del trastorno depresivo, son comunes en el Antiguo Testamento y en muchos textos clásicos hindúes. Hipócrates (460 - 377 a.C.) describió a la melancolía como una de las enfermedades mentales más importantes e indicó que se producían por un desequilibrio de los fluidos humanos.

En 1621, el psiquiatra inglés Robert Burton (1577-1640) publicó el libro "The Anatomy of Melancholia". Burton consideraba que la melancolía era una *enfermedad universal*. En el siglo XIX, la depresión se había convertido en una categoría central de la psiquiatría occidental, y figuras como Pinel, Esquirol, Kraepelin, Freud, Jaspers, Schneider y muchos otros, realizaron contribuciones muy importantes para la comprensión del fenómeno depresivo.

Hoy en día el número de personas que padecen trastornos depresivos es tan grande que Klerman (1979) ha indicado que este siglo se le puede llamar *la era de la melancolía*. La Depresión por tanto representa un importante problema de salud pública.⁽¹⁾

CLASIFICACIÓN Y DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN

Los estudios epidemiológicos de los trastornos depresivos se han visto dificultados por importantes diferencias en las clasificaciones diagnósticas utilizadas por los investigadores y clínicos de diversos países. Los mismos términos tenían diferentes significados en diferentes sistemas diagnósticos del mismo modo que diferentes términos tenían similares significados en diferentes sistemas diagnósticos (Klerman, 1980). Esto dio lugar a notables inconsistencias entre los estudios llevados a cabo por diferentes investigadores de diversas partes del mundo.

No obstante en la década de los 70's creció el interés en todo el mundo por mejorar la clasificación psiquiátrica. Varios factores contribuyeron a cimentar esta tendencia tales como la expansión de los contactos internacionales y la disponibilidad de nuevos métodos de tratamiento.

Este cambio en la situación condujo en los EEUU al desarrollo del "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" 3a. edición (DSM-III) (A.P.A. 1980) que incorporó criterios diagnósticos operacionales en su sistema de clasificación. En fecha muy reciente la publicación de CIE-10 (O.M.S. 1992) como resultado de un gran esfuerzo internacional de colaboración entre clínicos de 40 países, ha supuesto un paso importante hacia la consecución de un lenguaje común entre las diversas naciones. ^(1,2)

RESUMEN DE LA CLASIFICACIÓN DEL CIE-10 DE LOS TRASTORNOS DEL ANIMO (AFECTIVOS)

1. Episodio maniaco
2. Trastorno afectivo bipolar
3. Episodio depresivo
 - 3.1 Episodio depresivo leve (con o sin síntomas somáticos)
 - 3.2 Episodio depresivo moderado (con o sin síntomas somáticos)
 - 3.3 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
 - 3.4 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
4. Trastorno depresivo recurrente
 - 4.1 Episodio depresivo recurrente, episodio actual leve (con o sin síntomas somáticos)
 - 4.2 Episodio depresivo recurrente, episodio actual moderado (con o sin síntomas somáticos)
 - 4.3 Episodio depresivo recurrente, episodio actual grave (con o sin síntomas psicóticos)
5. Trastornos persistentes de ánimo (afectivos)
 - 5.1 Ciclotimia
 - 5.2 distimia
6. Otros trastornos del ánimo.^(1,3)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia.

Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad.⁽³⁾

Entre las principales categorías figuran: el episodio maniaco, el trastorno afectivo bipolar, el episodio depresivo, el trastorno depresivo recurrente, los trastornos persistentes del ánimo y por último, un epígrafe dedicado a otros trastornos del ánimo. En esta clasificación se han diferenciado los episodios únicos de los trastornos bipolares y otros trastornos con episodios múltiples, porque algunos pacientes padecen únicamente un episodio de la enfermedad.

Con respecto a las distinciones entre los distintos grados de gravedad, la CIE-10 a especificado 3 grados de gravedad: depresión leve, moderada y grave.^(1,3,4)

EPISODIOS DEPRESIVOS

Como se afirma en el CIE-10 la perturbación fundamental que podemos hallar en este grupo de trastornos es un cambio en el ánimo o el afecto hacia el polo depresivo (con o sin ansiedad asociada).

Este cambio de ánimo se acompaña por lo general de un cambio en el nivel global de actividad y la mayoría de los restantes síntomas son secundarios a estas modificaciones, o bien se entienden con facilidad en el contexto de estos cambios en el ánimo y en la actividad. En un episodio típico el sujeto presenta ánimo deprimido, pérdida del interés y de la capacidad de disfrute y una reducción de energía que conduce a una mayor fatigabilidad y a un descenso de la actividad. Es común que los pacientes presenten un notable cansancio después de realizar pequeños esfuerzos. Otros síntomas habituales son:

- 1.- Disminución de la concentración y de la atención.
- 2.- Disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo.
- 3.- Ideas de culpa e inutilidad (incluso en un episodio leve).
- 4.- Falta de actividad emocional a los ambientes y acontecimientos agradables.
- 5.- Perspectivas tristes y pesimistas de cara al futuro.
- 6.- Ideas de autoagresión o suicidio.
- 7.- Perturbaciones del sueño con despertar precoz.
- 8.- Falta de apetito.
- 9.- Evidencia objetiva de retardo o agitación psicomotores definidos.
- 10.- Pérdida de peso (5% del peso corporal o más en el último mes)
- 11.- Marcada pérdida de libido.^(1,3)

El descenso del ánimo varía poco de un día al otro y con frecuencia es insensible al cambio en las circunstancias aunque puede mostrar una variación diurna característica a medida que avanza el día.

Para los episodios depresivos de los 3 grados de gravedad citados se requiere habitualmente una duración mínima de 2 semanas, aunque períodos más cortos puede volver razonable el diagnóstico si los síntomas son desacomodadamente graves y de inicio rápido.^(4,5,6)

Las categorías de episodio depresivo leve, moderado y grave deben ser utilizadas únicamente para episodios depresivos aislados. Se incluyen los niveles de gravedad para poder cubrir el amplio espectro de los cuadros clínicos que se ven en los diversos tipos de prácticas psiquiátricas. Enfermos con episodios depresivos leves son frecuentes en la práctica médica general, mientras que las unidades de internamiento psiquiátricas suelen ocuparse de las formas más graves de episodios depresivos graves.

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la actividad social y la vida cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio.

La presencia de demencia o de retraso mental, no excluyen el diagnóstico de un episodio depresible tratable, aunque las dificultades de comunicación hacen que sea necesario para hacer el diagnóstico confiar más de lo habitual en los síntomas somáticos objetivos observados, como la inhibición psicomotriz, la pérdida de apetito y de peso y los trastornos del sueño.

Incluye: Episodios aislados de reacción depresiva
 Depresión psicógena
 Depresión reactiva
 Depresión mayor (sin síntomas psicóticos)⁽³⁾

EPISODIO DEPRESIVO LEVE

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos 2 de estos 3 deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de mínimo 2 del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se especifica la presencia o no de síntomas somáticos:

Sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas somáticos o ninguno.

Con síntomas somáticos

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y además están presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes solo dos ó tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificada utilizar esta categoría).⁽¹⁾

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Deben estar presentes al menos 2 de los 3 síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas.

Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con episodio depresivo moderado puede tener grandes dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se especifica o no la presencia o no de síntomas somáticos.

Sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síntomas somáticos.

Con síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están presentes 4 ó más de los síntomas somáticos. (Si están presentes sólo dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría)⁽²⁾

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Durante un episodio depresivo grave el enfermo puede presentar una considerable angustia o agitación a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves.

Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Para hacer el diagnóstico deben estar presentes los 3 síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos 4 de los demás síntomas, que deben ser de intensidad grave. Pueden estar presentes síntomas importantes como la agitación o inhibición psicomotrices, por lo que el enfermo está poco dispuesto o sea incapaz de describir muchos síntomas detalladamente; en estos casos se deberá hacer una evaluación global de la gravedad del episodio.

El episodio debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido, puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es posible que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica, más allá de un grado muy limitado.

Dentro de este grupo de clasificación se incluyen también episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía

Depresión vital sin síntomas psicóticos.⁽³⁾

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Es un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, pero además están presentes ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición.

La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Se debe hacer el diagnóstico diferencial con esquizofrenia catatónica, estupor disociativo y las formas orgánicas de estupor.

Este grupo incluye:

Episodios aislados de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos
- Depresión psicótica
- Psicosis depresiva psicógena
- Psicosis depresiva reactiva

Otros episodios depresivos

Se deben incluir aquí los episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos antes señalados, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indiquen que son de naturaleza depresiva.

Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas.⁽³⁾

Se incluyen dentro de este grupo:

- depresión atípica
- episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

Episodio depresivo sin especificación.

Este grupo incluye:

- Depresión sin especificación
- Trastorno depresivo sin especificación⁽³⁾

TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepressivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones¹, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

El riesgo de que un enfermo con un trastorno depresivo recurrente tenga un episodio de manía nunca desaparece totalmente, con independencia del número de episodios depresivos que haya tenido. Si se presentara un episodio maníaco debe cambiarse el diagnóstico a trastorno bipolar.

El trastorno depresivo recurrente puede subdividirse como se indica a continuación, especificando primero el tipo del episodio actual y después (si se dispone de suficiente información) el tipo que predomina en todos los episodios.

Incluye: Episodios recurrentes de: Reacción depresiva.
Depresión psicógena.
Depresión reactiva.
Trastorno afectivo estacional.
Episodios recurrentes de: Depresión endógena. Depresión mayor. Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo). Depresión psicótica psicógena o reactiva.
Depresión psicótica. Depresión vital.

Excluye: Episodios depresivos breves recurrentes.⁽³⁾

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Para un diagnóstico preciso:

- a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve.
- b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

Se especifica la presencia o no de síntomas somáticos en el episodio actual, según lo señalado para el episodio depresivo leve.

Con síntomas somáticos.

Puede especificarse si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Para un diagnóstico preciso:

- a) Deben satisfacer todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado.
- b) Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

Se especifica o no la presencia o no de síntomas somáticos en el episodio actual, según lo señalado para el episodio depresivo moderado.

Con síntomas somáticos.

Puede especificarse si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).⁽³⁾

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

Para un diagnóstico preciso:

- a) Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

Para un diagnóstico preciso:

- a) Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- b) Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

Si fuere necesario, las alucinaciones o ideas delirantes pueden distinguirse entre congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).⁽³⁾

Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Para un diagnóstico preciso:

- a) En el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno.
- b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

Esta categoría puede utilizarse también si el enfermo está recibiendo tratamiento para disminuir el riesgo de nuevos episodios.

Otros trastornos depresivos recurrentes

Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Incluye: Depresión monopolar sin especificación ^(3, 4)

TRASTORNO DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES

Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuantes, en los que los episodios aislados son rara vez lo suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaniacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor (afectivos) y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

Ciclotimia

Se denomina así a un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Es difícil diagnosticar este trastorno sin disponer de un período prolongado de observación o de un relato excepcionalmente bueno del comportamiento del enfermo en el pasado. Dado que las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la

ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Para hacer el diagnóstico, el rasgo esencial es la inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar o un trastorno depresivo recurrente. Esto implica que los episodios aislados de oscilación del humor que no satisfacen las pautas para ninguna de las categorías descritas en episodio maníaco o episodio depresivo.

Incluye: Trastorno de personalidad afectiva
 Personalidad cicloide
 Personalidad ciclotímica

Diagnóstico diferencial:

Hay que tener en cuenta que este trastorno es frecuente entre los familiares de enfermos que padecen trastorno bipolar y alguno de los enfermos con ciclotimia llegan en ocasiones a presentar ese cuadro. Una ciclotimia puede persistir durante toda la edad adulta, desaparecer de manera temporal o permanente o evolucionar hacia alteraciones más graves del estado de ánimo, tales como un trastorno bipolar o un trastorno depresivo recurrente.⁽²⁾

Distimia

Se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o

semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercer década de la vida) o tardío.

Para hacer el diagnóstico, el rasgo esencial es una depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado. Suele comenzar al iniciarse la vida adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Incluye: Depresión ansiosa persistente
Neurosis depresiva
Trastorno de personalidad depresiva
Depresión neurótica (de más de dos años de duración)

Excluye: Depresión ansiosa leve o no persistente
Reacción de duelo de menos de dos años de duración (Reacción depresiva prolongada)
Esquizofrenia residual

Otros trastornos del humor (afectivos persistentes)

Se trata de una categoría residual para aquellos trastornos del humor (afectivos) persistente que no son lo suficientemente graves como para satisfacer las pautas de ciclotimia o distimia pero que sin embargo, son clínicamente significativos. Algunos tipos de depresión antes llamados "neuróticos" se incluyen aquí, siempre y cuando no se satisfagan las pautas de ciclotimia o distimia o de un episodio depresivo leve o moderado.⁽³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

México es un país con un crecimiento de población muy rápido, este intenso ritmo de crecimiento se deriva de una notable disminución de los índices de mortalidad que no han sido acompañados por una reducción paralela de los de natalidad.

La esperanza de vida es un indicador resumen de muchos factores que inciden en el estado de salud de una comunidad. Durante 1960 se registraron mejorías sustantivas en la salud de México (inició el descenso de la mortalidad, en términos generales). Llama la atención que en un período de 20 a 30 años la población mexicana haya incrementado su promedio de vida en 30 años más; siendo en la actualidad la esperanza de vida de 72 años. En este siglo las posibilidades del hombre han aumentado en tal medida que no existe comparación con ninguna época pasada de la historia; de modo que al llegar a edades avanzadas no constituye como antes la excepción sino la regla común.

La importancia del grupo de los senectos aumenta de año en año, pero los problemas que de esto resultan son apenas conocidos y se han resuelto parcialmente. El hombre viejo ha sido individualmente cuidado y tratado desde el punto de vista familiar y médico; la totalidad de los viejos no es solamente un problema de demografía sino también de atención.

Desde otro ángulo la vejez implica cambios psicológicos, que no siempre son tomados en cuenta al considerarse los problemas de la edad tales como: soledad, sentimiento de inutilidad, falta de afecto, aislamiento social, inactividad, temor de la muerte, depresión por disminución física, etc., estos estados psicológicos determinan daños profundos en la salud mental en la persona de edad avanzada con la consiguiente repercusión sobre el medio familiar en que vive con lo que se crea un círculo de recíproco malestar.

El envejecimiento del organismo plantea problemas específicos que afectan al individuo

a la familia y a la comunidad; a medida que envejece la persona se incapacita para la vida activa debido a 3 factores principales:

- Invalidez progresiva producida por el proceso normal de envejecimiento fuera de toda reacción con procesos patológicos.
- Acentuación de los efectos de enfermedades que ya eran importantes en los períodos anteriores de la edad adulta.
- Problemas psicológicos y sociales debido generalmente a situaciones familiares y económicas asociadas con la senectud. ^(9,10,11)

El motivo por el cual el anciano deprimido acude a la consulta no suele sugerir directamente depresión: Puede guardar relación con enfermedades físicas, dificultades en las relaciones familiares y sociales, insatisfacción por las circunstancias económicas, etc. Sin embargo, un interrogatorio hábil suele descubrir, en general un grupo de síntomas centrales subyacentes al motivo de consulta.

El punto de entrada en la red de asistencia médica puede determinar la naturaleza del motivo de consulta. Se ha observado que los pacientes depresivos tratados en clínicas ambulatorias por un médico familiar, presentaban con frecuencia síntomas sugestivos de alguna enfermedad física. Se advierte que el dolor intenso, localizado general, puede constituir el centro de las quejas de un paciente deprimido, puesto que muchos ancianos acuden inicialmente a un médico familiar por sus síntomas depresivos es imperativo reconocer las quejas físicas que aparecen como síntomas frecuentes de la depresión senil. ^(6,9,12)

El médico familiar como responsable de la salud de la población encomendada en los consultorios deberá tomar en cuenta los siguientes elementos que configuran el perfil psicológico de los ancianos con depresión:

SÍNTOMAS

- **Síntomas emocionales:** Los síntomas emocionales de la depresión son aquellos cambios en los sentimientos de la persona que acompañan a la depresión al evaluar estos síntomas emocionales se debe tener en cuenta el estado previo del humor.

Los estados de ánimo más frecuentes y característicos en la persona deprimida son el abatimiento y la tristeza, sin embargo, el abatimiento no es tan habitual en los ancianos deprimidos.⁽³⁾

- **El descenso de la satisfacción por la vida** es un síntoma emocional importante entre los pacientes deprimidos pero, la disminución de la satisfacción por la vida no debe considerarse un sinónimo de depresión, pero resulta relativamente frecuente y en general se asocia con factores externos, como mala salud, viudez o jubilación. El descenso de la satisfacción vital puede constituir una respuesta normal frente a experiencias adversas en el medio ambiente social.

- **La pérdida de interés por el medio social** es característica en los trastornos depresivos seniles. La irritabilidad, la preocupación y las ganas de llorar son síntomas exhibidos con frecuencia por los pacientes depresivos de edad avanzada. El sentimiento de vacío se observa con frecuencia en los ancianos y preocupa de manera especial a los médicos, estos sentimientos se asocian frecuentemente con impulsos suicidas de hecho, la sensación de vacío puede ser uno de los síntomas más intolerables que experimentan los ancianos.

- **En los ancianos desmoralizados y desanimados se observa una sensación de impotencia y desesperanza respecto al futuro;** sentimientos que pueden reflejar hasta cierto punto la realidad si se tienen en cuenta las dificultades a las que han de enfrentarse. Las enfermedades y la penuria económica pueden restar autonomía al individuo y justificar su desánimo respecto al futuro. Se ha descrito una exacerbación de la desesperanza personal, característica de las depresiones seniles "enmascaradas". El anciano deprimido probablemente se retraiga de las actividades sociales lo que lo conduce al tedio y a la soledad.

- **El proceso del pensamiento en el anciano con depresión puede verse afectado por distorsiones y conceptualizaciones irrealas,** que se desvían de los conceptos lógicos sobre sí mismo y el medio social.

- **En el anciano deprimido se presenta frecuentemente el pesimismo injustificado respecto al futuro ya que suele pronunciar frases como: "no me queda nada que esperar", o "es inútil que haga cualquier cosa ya que dentro de unos meses estaré muerto".**

- **La rumiación de los problemas presentes y pasados es característica de los ancianos con depresión.** Tal rumiación puede acompañarse de ideas delirantes de inutilidad. Las ideas delirantes de conducta imperdonable o de autoacusación están relacionadas con las nociones egocéntricas de causalidad frecuentes en los ancianos.

- **La dificultad para la concentración y la mala memoria son frecuentes en los ancianos deprimidos.**

Slater y Roth describieron una depresión con "obnubilación de la conciencia característica del 10% de los pacientes con depresión senil. Estos individuos atraviesan una fase confusional corta, que al ceder pone de manifiesto los síntomas depresivos. El riesgo de suicidio es significativo durante el estadio de confusión. Un segundo tipo la llamada "depresiónseudodemencial", se caracteriza por síntomas sugestivos de marcado deterioro intelectual, en estos casos la terapia electroconvulsiva proporciona una notable recuperación. Los pacientes con depresión de edad superior a 60 años experimentan pensamientos suicidas con menos frecuencia que los más jóvenes. Así como manifestaciones comunes de episodios depresivos. (Cuadro 1) (7,9,12,13,14,15)

CUADRO No. 1

- a) La disminución de la concentración y atención.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida de apetito.

La pérdida de nivel y prestigio social acompaña a la ausencia de un papel específico a desempeñar en la vejez. La falta de papel social en los ancianos es consecuencia de jubilación en los individuos que previamente han ejercido ocupaciones productivas y de la ausencia de funciones atribuidas por la sociedad a los ancianos viéndose acompañadas tales pérdidas por un descenso de nivel económico. Sin duda las dificultades económicas derivadas de unos ingresos muy bajos son bastantes frecuentes entre las personas de edad avanzada.⁽¹⁾ Neugastén, señala que los ancianos han de enfrentarse con frecuencia a ciertos acontecimientos vitales estresantes, como la muerte del cónyuge, hermanos, amigos e incluso hijos y postula que probablemente se encuentren mejor preparados para aceptar estos cambios y adaptarse a ellos que las personas más jóvenes.^(13,17)

La condición de los ancianos no es la misma en todas partes ni en todos los tiempos; la vejez es la etapa más difícil dentro de los procesos evolutivos del hombre y el factor más angustiante es la vivencia de envejecer.⁽¹⁰⁾

En la antigüedad y en las sociedades tradicionales, las personas ancianas eran veneradas y se les respetaba por su experiencia y sabiduría. La evolución demográfica y social en el presente siglo XX ha puesto fin a este trato tradicional a los viejos. Las transformaciones de la familia y las del trabajo están repercutiendo sobre el estatus social de los ancianos y sobre las relaciones generacionales; por otro lado, la sociedad y no la familia se ha hecho cargo de la población anciana economicamente inactiva.⁽¹¹⁾

JUSTIFICACIÓN

La depresión es una de las diez patologías más observadas en la práctica de medicina familiar. A pesar de su prevalencia, consistentemente se le diagnostica en forma incorrecta. En consecuencia, muchos pacientes deprimidos no reciben la atención adecuada y pueden sufrir serias consecuencias.⁽¹⁶⁾

Es factible diagnosticar la depresión por el médico familiar tanto desde el punto de vista clínico o mediante la aplicación de pruebas especializadas como la Escala de Depresión Geriátrica de 15 puntos (GDS 15), que será utilizada en este estudio.

La mayoría de los pacientes ancianos que acuden a la C.M.F. Xochimilco son conocidos por el personal de los diferentes servicios, esto indica una constante utilización de los mismos, por enfermedades crónico degenerativas, sin conocer realmente cuantos de estos pacientes presentan una depresión enmascarada, que al no ser detectada condiciona que no sean tratados íntegramente.

La depresión constituye uno de los trastorno (del ánimo) más frecuentes en la población anciana y un importante problema de salud pública. Por ejemplo, su prevalencia entre los ancianos españoles oscila en un rango de 10 a 20% para los trastornos depresivos en general. La prevalencia de la depresión en mayores de 65 años fue de 7.3% y de un 1 a 5% para la depresión mayor.^(17,18)

Los trastornos depresivos son considerados actualmente como un problema de salud pública. Estos cuadros se han incrementado en forma alarmante en los últimos años, siendo su prevalencia actual en población general de 5.8 a 10% de acuerdo a los datos obtenidos por Leyva en 1994.⁽¹⁹⁾

En la actualidad la depresión ocupa el 4° lugar entre las enfermedades más discapacitantes, y se estima que para el año 2020 será el 2°. En México Caraveo y cols. registraron un 3.7% de personas con depresión neurótica a nivel nacional, y los resultados preliminares de un estudio en

la Ciudad de México han mostrado una prevalencia del 4.3%.⁽²⁰⁾

En la Gran Bretaña los médicos familiares (GPs) han reportado prevalencias de depresión del 11 al 29%.⁽²¹⁾

Se calcula que en Estados Unidos, existen síntomas depresivos en 15% de los ciudadanos mayores de 65 años pero la prevalencia de depresión mayor se estima en 3%.⁽¹³⁾

En México, resulta impostergable realizar investigaciones sobre depresión en ancianos que asisten a Unidades de primer nivel de atención; ya que las unidades de medicina familiar son la instancia que aseguran a menor costo y con mayores probabilidades de éxito, de elevar la calidad de vida en los ancianos que presentan depresión.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar la prueba GDS 15 en español para realizar un tamizaje de pacientes, con probable depresión, en población de ancianos mexicanos de la C.M.F. Xochimilco-ISSSTE.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Identificar factores de riesgo a presentar depresión en ancianos de la C.M.F. Xochimilco del ISSSTE.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio:

Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.⁽²²⁾

Población, lugar y tiempo de estudio

La población de este estudio la constituyeron los pacientes de 60 años y más, de ambos géneros, que acudieron a consulta en la C.M.F. Xochimilco ISSSTE, durante los meses de junio a agosto de 1995 en el turno matutino.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Muestra no aleatoria por cuotas de doscientos ancianos de la C.M.F. Xochimilco. No se contempló representatividad por sexo o patología.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- 1.- Ancianos de 60 años y más
- 2.- Ambos géneros
- 3.- Con demanda de atención de cualquier tipo
- 4.- Derechohabientes de la C.M.F. Xochimilco del ISSSTE
- 5.- Primera vez y subsecuentes
- 6.- Con buena orientación neurológica
- 7.- Que sepan leer y escribir

Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes a quienes no se les hubiera integrado diagnóstico de depresión
- 2.- Enfermos con Alzheimer u otra demencia senil
- 3.- Pacientes que estuvieron bajo tratamientos antidepresivos

Criterios de eliminación:

- 1.- Pacientes no derechohabientes
- 2.- Pacientes que fueron dados de baja del Instituto durante el desarrollo de la investigación.

Variables a recolectar en la investigación:

- Edad
- Sexo
- Estado civil: Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre
- Ocupación: Empleado, desempleado, trabaja por su cuenta, jubilado, jubilado con otro trabajo y dedicado a las labores del hogar.
- Patología de base: D.M., HTA, E.A.D., otras.

Procedimiento para capturar la información

La encuesta fue aplicada en una sola ocasión, cuando el paciente asistía al consultorio. Se le explicaban los objetivos de la investigación, si aceptaba se le entregaba la encuesta, para que la contestará en forma personal sin asesoría. En la misma encuesta se aplicó un cuestionario con el fin de investigar las variables antes mencionadas.

Se procedió a traducir al idioma español el GDS 15 (Geriatric Depression Scale) quedando como versión definitiva la que se presenta en el anexo 1.

Se valoró la presencia de posible trastorno depresivo mediante la escala de depresión geriátrica (GDS) de 15 puntos, para 10 de las preguntas la respuesta "SI" da una anotación positiva a depresión, en las 5 sobrantes la respuesta "NO" es una anotación positiva a depresión. Los puntos se sumaron para dar un total de 0 a 15, con un puntaje de 5 ó más indicaba probable depresión.⁽²³⁾

Consideraciones éticas

Se contempla que el presente estudio no pone en riesgo la integridad física y moral de los ancianos a quienes se aplicó el GDS 15 y la ficha de identificación.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN Y CUADROS.

- 1.- La edad más frecuente de los entrevistados fue de 65 años con el 9.5% (Cuadro I)

CUADRO I. EDAD DE LOS ENTREVISTADOS		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60	14	7.0%
61	9	4.5%
62	18	9.0%
63	11	5.5%
64	7	3.5%
65	19	9.5%
66	8	4.0%
67	13	6.5%
68	13	6.5%
69	14	7.0%
70	15	7.5%
71 - 80	45	22.5%
81 - 99	14	7.0%
TOTAL	200	100%

- 2.- En relación con el sexo, los entrevistados presentaron la siguiente relación: 128 mujeres (64%) y 72 hombres (36%). (Cuadro II)

CUADRO II SEXO DE LOS ENTREVISTADOS		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	128	64%
Masculino	72	36%
TOTAL	200	100%

- 3.- El estado civil que con mayor frecuencia se presentó en el estudio fue el de casados 130 (65%) y viudos 57 (28.5%) (Ver Cuadro III)

CUADRO III. ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	4	2.0%
Casado	130	65.0%
Viudo	57	28.5%
Divorciado	4	2.0%
Unión libre	5	2.5%
TOTAL	200	100%

- 4.- En cuanto a la ocupación de los entrevistados 17 (8.5%) fueron desempleados y 35 (17.5%) se trató de jubilados. (Ver Cuadro IV)

CUADRO IV. OCUPACIÓN		
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleado	23	11.5%
Trabaja por su cuenta	24	12.0%
Jubilado	35	17.5%
Jubilado con otro trabajo	5	2.5%
-desempleado	17	8.5%
- hogar	96	48.0%
TOTAL	200	100%

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 5.- En relación con la patología de base el 23% presentaban hipertensión arterial sistémica, el 14% Diabetes Mellitus tipo I y II, y con dos o más patologías el 27%. (Cuadro V)

CUADRO V. PATOLOGÍAS		
PATOLOGÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes tipo I y II	28	14.0%
Hipertensión arterial sistémica	46	23.0%
Enfermedad articular degenerativa	18	9.0%
Otras	54	27.0%
Personas con más de 2 patologías	54	27.0%
TOTAL	200	100%

- 6.- En relación con los 15 Items que comprende el GDS 15 se obtuvo en las preguntas 9 y 10 los más altos porcentajes. (Cuadro VI)

CUADRO VI. POSITIVO A DEPRESIÓN		
PREGUNTA	PACIENTES	PORCENTAJE
1	23	11.5%
2	66	33.0%
3	62	31.0%
4	76	38.0%
5	45	22.5%
6	72	36.0%
7	41	20.5%
8	76	38.0%
9	125	62.5%
10	100	50.0%
11	15	7.5%
12	81	40.5%
13	77	38.5%
14	54	27.0%
15	68	34.0%

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

La presente investigación señala que la edad más frecuente de los 200 entrevistados, se ubica en los 62 años; se encontraron pacientes en un rango que va de los 60 a los 99 años. El sexo que con mayor frecuencia se observó fue el femenino, esto probablemente se deba a que son precisamente las mujeres quienes acuden con mayor asiduidad a las clínicas y centros de salud, por otra parte son quienes presentan más frecuentemente casos de depresión.^(18,20,24,25)

La mayor proporción de pacientes se dedican a labores del hogar. Aproximadamente el 50% de los jubilados presentaron el test positivo a la depresión en contraste, de los 23 que tenían empleo solo seis presentaron depresión lo que indica claramente que el ser anciano y contar con un empleo, o aún trabajando por su cuenta (siete de 24 pacientes) disminuye las posibilidades de presentar rasgos de depresión.^(11,19,25)

A diferencia de otras comunicaciones encontramos en este estudio una mayor proporción de casados deprimidos. En general se vincula más el estado civil de viudez, divorcio y soltería con la depresión que el estar casado; en este trabajo en particular,^(18,19,20,25,26) probablemente se debió a que en la muestra hubo un mayor número de casados.

Al parecer la entidad nosológica que con mayor frecuencia se observó fue la HAS en 44 pacientes, le siguió la D.M. tipo I y II con 23 pacientes. Aproximadamente el 90% de los pacientes que fueron clasificados únicamente como hipertensos presentaron calificación positiva al GDS 15, con puntuación de 5 en adelante, entre los diabéticos tipo I y II se observaron 27 casos de pacientes con evidencia de depresión.^(18,20) Estos elementos apuntan hacia el perfil del anciano deprimido que se atiende en las unidades de primer nivel de atención, presentando en forma preponderante a un anciano del sexo femenino, que se dedica al hogar o es desempleado (y en el mejor de los casos jubilado) que tiene una edad aproximada entre 62 a 65 años, es de hacer notar que algunos autores señalan que en ancianos mayores de 70 años probablemente disminuye la presencia de episodios depresivos; este fenómeno se explica como un estado de adaptación a los factores generadores de depresión.^(24,25,26)

CONCLUSIONES

Somos concientes que la presente investigación representa un estudio piloto y sus resultados no son lo suficientemente significativos como para desarrollar generalizaciones, no obstante nos parece que es un acercamiento útil para el estudio integral de los ancianos con depresión.

Cumplimos con los objetivos general y específico del estudio: al traducir y aplicar la prueba GDS15 en su versión en idioma español. Asimismo, identificar en esta prueba piloto a algunos factores de riesgo a depresión en ancianos: ser mujer, edad entre 62 y 65 años y estar desempleados.

Esperamos que en un futuro próximo se llegue a validar la versión española de GDS15 que hemos presentado en este trabajo, situación que se constituye en un compromiso de parte nuestra.

Finalmente manifestamos, que este tipo de estudios tiende a sentar las bases para investigaciones más sólidas en el ámbito de la medicina familiar, teniendo como preocupación primordial a un grupo vulnerable de la sociedad como son los paciente senectos.⁽²⁶⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Girolano G. Diferencias transculturales en la depresión. Focus on Depression. 1993; 3(2):1-8.
- 2.- Kaplan H, Sadock B. Trastornos afectivos mayores. En: Kaplan H, Sadock B. (eds.) Compendio de Psiquiatría. 2a. Edición, Barcelona. Salvat 1991: 246-260.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. F30-F39 Trastornos del humor (afectivos) En: López-Ibor J. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Meditor 1992: 141-166.
- 4.- Angst J. ¿Cuál es la recurrencia y el pronóstico de la enfermedad depresiva? En: Feighner J, Boyer W, Rouillon F. (eds.) Tratamiento a largo plazo de la depresión. West Sussex. Ed. John Wiley y Sons. 1991: 11-24.
- 5.- González-González J, Jiménez-Herrero F. Depresiones en la senectud. Jiménez-Herrero F (ed.) Gerontología 1993. Barcelona. Ediciones Científicas y técnicas 1993: 9-38.
- 6.- Blazer D. Síntomas y Signos. En: Blazer D. ed. Síndromes depresivos en Geriátria. Barcelona. Ediciones Doyma, 1984: (21-34).
- 7.- Blazer D. Factores Sociales. En: Blazer D. ed. Síndromes depresivos en Geriátria. Barcelona, ediciones Doyma, 1984: 105-122.
- 8.- De la Fuente R, Lifshitz A, López J. Depresión y antidepresivos. Guía de prescripción terapéutica. Sistema Nacional de Salud. 1933(9): 1-4
- 9.- Zulaika C, Gómez C. La enfermedad como modo de expresión en los ancianos: apuntes desde la teoría de la comunicación y la medicina psicosomática. Psicogeriatría 1990; 6(8):54-59.
- 10.- Fuentes R. La problemática de la vejez en México. Apuntes del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México 1993: 17-38.
- 11.- San Martín H, Pastor V. Políticas Sociales y Políticas de Salud para la senescencia En: San Martín H, Pastor V (eds.) Epidemiología de la vejez. la. Edición, Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill 1990: 477-484.
- 12.- Antonuccio O. Enfermedades psicosomáticas en la vejez. Geriátrika. 1990; 6(9) -433:31-35.
- 13.- Monfort J. La dépression du sujet âgé; revue bibliographique. Ann. Méd-Psychol. 1994;152 (8): 511-528.
- 14.- Doval M, Hartnett L, Stokes S. Crecimiento y desarrollo en personas de edad avanzada. Evaluación de la salud en el anciano. la. Edición, México Ediciones La prensa Médica Mexicana 1984: 7-17.
- 15.- Hendrie H, Crosse J. An Overview of depression in the Elderly. Psychiatric Annals 1990; 20 (2): 64-70.
- 16.- Kavan M, Paquet, Ponterotto J, Barone E. Detección de la depresión: El uso de cuestionarios para pacientes. MF Revista Internacional de Medicina Familiar. 1991; 3(2): 84-89.
- 17.- Manchola A. Depresión en el anciano: epidemiología y características a tener en cuenta. Geriátrika. 1992;8(2): 19-25.
- 18.- Cerdá R, López J, Fernández C, López M.A. y Otero A. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. Aten. Primaria. 1997; 19(1): 32-43.

- 19.- Leyva F, Mota G, Salas M.F. Depresión en Jubilados no activos. Estudio de 234 casos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx). 1995; 33 (1): 51-54.
- 20.- Caraveo-Anduaga J. Epidemiología de los trastornos depresivos. Psiquiatría. 1997; 13: 1-5.
- 21.- Van Marwijk H, Hoeksema HL, Hermans J, Kaptein AA and Mulder J. Prevalence of Depressive Symptoms and Depressive Disorder in Primary Care Patients Over 65 years of age. Fam. Practice. 1994; 11(1):80-84.
- 22.- Méndez I, Namihira D, Moreno L, Sosa C. Diferentes tipos de estudio. En: Méndez I, Namihira D, Moreno L, Sosa C. (eds.) El protocolo de investigación. 3a. Edición, México Trillas 1994; 11-27.
- 23.- D'ATH P, Katona P, Mullan E, Evans S, and Katona C. Screening, Detection and Management of Depression in Elderly Primary Care Attenders. 1: The Acceptability and Performance of the 15 Item Geriatric Depression Scale (GDS 15) and the Development of Short Versions. Fam. Practice 1994; 11 (3): 260-266.
- 24.- González-Felipe M.A, Szurek-Soler S. Influencia del sexo y la edad en la depresión del anciano. Psicogeriatría. 1990; 6 (10):500-506.
- 25.- Pavón-Muñoz, M, Grierá Borrás J, Martínez-Manzanarez, C. Los trastornos del estado de ánimo en el anciano. Psicogeriatría.
- 26.- Sárda N, Masqué J, Guinot J, Espinosa I, Madero C. El equipo de atención primaria frente al problema del aislamiento social de los ancianos. Geriátrika. 1990; 6(4):191-196.

ANEXOS

ITEMS GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS 15)

1. Are you basically satisfied with your life?	YES	NO
2. Have you dropped many of your activities and interests?	YES	NO
3. Do you feel that your life is empty?	YES	NO
4. Do you often get bored?	YES	NO
5. Are you in good spirits most of the time?	YES	NO
6. Are you afraid that something bad is going to happen to you?	YES	NO
7. Do ou feel happy most of the time?	YES	NO
8. Do you often feel helpless?	YES	NO
9. Do yo prefer to stay at home, rather tha going out and doing new things?	YES	NO
10. Do you feel you have more problems with memory than most?	YES	NO
11. Do you think it is wonderful to be alive now?	YES	NO
12. Do you feel pretty worthless the way you are now?	YES	NO
13. Do you feel full of energy?	YES	NO
14. Do you feel that your situation is hopeless?	YES	NO
15. Do you think that most people are better off than your are?	YES	NO

TEST DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA GDS 15

1. ¿En concreto, ¿está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha usted abandonado varias de sus actividades e intereses?		
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO
4. ¿Se aburre frecuentemente?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Se siente inútil frecuentemente?	SI	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir y hacer algo nuevo?	SI	NO
10. ¿Siente usted que tiene más problemas de memoria que la mayor parte de las personas?	SI	NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
12. ¿Se considera bastante inútil siendo como es ahora?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Considera usted que su situación es "desesperada"?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente se encuentra mejor que usted?	SI	NO