

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

11246
198
2ej.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR BENITO JUAREZ
DISTRITO FEDERAL

I. S. S. S. T. E.
SUBDELEGACION ZONA NORTE



CLINICA JUAREZ
DIRECCION

DETECCION DE DEPRESION CON ESCALA GDS EN PACIENTES
DE LA TERCERA EDAD DE LA CLINICA BENITO JUAREZ, ISSSTE

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, Presenta.

DRA. MARÍA EUGENIA VICTORIA CERÓN

L

Mayo 1998

2649913

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

DETECCION DE DEPRESION CON ESCALA GDS EN PACIENTES
DE LA TERCERA EDAD DE LA CLINICA JUAREZ, ISSSTE

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

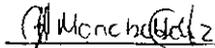
Presenta :

DRA. MARÍA EUGENIA VICTORIA CERÓN

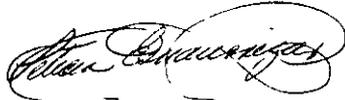
AUTORIZACIONES



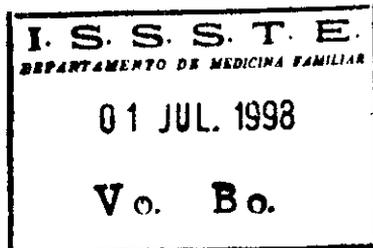
DRA. BLANCA LÓPEZ SOTO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DE LA ZONA NORTE
COORDINADORA DELEGACIONAL DE LA ZONA NORTE
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL I.S.S.T.E



DRA. CLAUDIA TERESA MONOBE HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS
U.N.A.M
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U N A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.T.E.



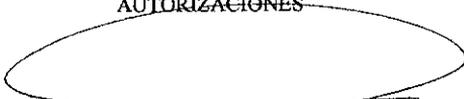
DETECCION DE DEPRESION CON ESCALA GDS EN PACIENTES
DE LA TERCERA EDAD DE LA CLINICA BENITO JUAREZ, ISSSTE

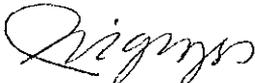
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta

DRA. MARÍA EUGENIA VICTORIA CERÓN

AUTORIZACIONES


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


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
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.

**DETECCION DE DEPRESION CON ESCALA GDS EN PACIENTES
DE LA TERCERA EDAD DE LA CLINICA BENITO JUAREZ, ISSSTE**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al creador del universo

A las autoridades de la U.N.A.M. y del I.S.S.S.T.E. por la oportunidad que me dieron para realizar la Especialidad en Medicina Familiar

A mis Padres María de Jesús y Arturo que gracias a su ayuda y apoyo he llegado a realizarme en la Profesión que tanto me gusta

A mis hermanos Arturo, Alfredo, Alejandro, Beatriz y Araceli.

A mi hija Maru Haydeé. Por su amor y cariño y poder continuar en mi preparación

A Gerardo por su apoyo y comprensión

A mis sobrinos Arturo, Alfredo y Alejandro por su asesoría en la computadora para la realización de este trabajo

A Delia por su apoyo y ayuda

A la Dra. Claudia Teresa Monobe Hernández por su asesoría para este trabajo de investigación.

A la Dra. Silvia Landgrave Ibañez por el apoyo que me brindó

INDICE GENERAL

1.-Marco Teórico.....	1
2 -Planteamiento del Problema.....	25
3 -Justificación.....	26
4 -Objetivos ..	27
5 -Metodología ..	28
6.-Resultados ..	32
7.-Discusión de los resultados. ..	40
8.-Conclusiones ..	41
9.-Referencias Bibliográficas ..	44
10.-Anexos .	45

I. MARCO TEÓRICO

INTRODUCCION:

A través del tiempo, la **depresión** como síndrome, ha sido estudiada como una entidad específica, que establece que puede ser acompañante de otras patologías médicas o bien como un cuadro que se presenta en comorbilidad con otras patologías psiquiátricas

Su incidencia ha ido en aumento, principalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, por lo que ocupa uno de los primeros lugares en las estadísticas mundiales de enfermedades de origen psiquiátrico. Su alta frecuencia entre la población, así como las repercusiones específicas en el enfermo que la padece y el impacto generado en el entorno familiar, obligan a considerarla como un problema de salud pública.

Para muchos médicos la depresión pasa inadvertida sobre todo en los pacientes geriátricos. La no identificación de este síndrome es debido a que con frecuencia los propios familiares del paciente geriátrico, consideran que la depresión es un estado “normal” de la tercera edad.

Actualmente se considera que la padecen aproximadamente de entre 100 a 200 millones de personas. (1) Sus causas son diversas, entre las que se señalan las de origen ambiental, social y económicas.

En la sociedad moderna marcada por la frecuencia de situaciones estresantes y en general por las condiciones de vida que limitan la libertad de los individuos e inhiben sus propios impulsos, los periodos de depresión en las personas se vuelven cada vez más recurrentes.

La depresión puede pasar inadvertida ya que muchos pacientes son desdichados, infelices y sin esperanza por razones que no son atribuibles a manifestaciones de enfermedad emocional, sino simplemente como estados de animo o de humor.

Asimismo, en el paciente geriátrico generalmente se conjugan otros factores como enfermedades crónico-degenerativas. El desánimo del paciente por la pérdida de sus facultades físicas o bien por sentir fatiga, debilidad, dificultad para hablar, caminar, entre otros, acarrea el sentimiento de sentirse inútil y se acentúa el pesar de ser una carga familiar.

En el diagnóstico de la depresión las “Escala de Medición” son de gran utilidad. Son fáciles de aplicar y se pueden realizar en el consultorio de primer nivel de atención. Con estas escalas se puede diagnosticar la depresión en tres niveles: leve, moderada y severa.

En caso de ser de moderada a severa, se podrá canalizar al paciente de inmediato al servicio de Psiquiatría de Segundo Nivel de Atención y si fuera necesario hasta de Tercer Nivel. Esto es con el fin de evitar la eventualidad del suicidio del paciente depresivo. La decisión de tomar como remedio a la crisis depresiva la propia muerte se ha incrementando en los últimos años. En los Estados Unidos el suicidio ocupa el decimotercer lugar de las causas de muerte.(1).

Las personas de edad avanzada sufren frecuentemente de depresión, no obstante, se considera que un alto porcentaje de la población presenta síntomas depresivos en algún momento de su vida, para lo cual requieren de ayuda médica..

Es debido a la incidencia de la depresión en pacientes de la tercera edad que es objeto de este estudio el hacer diagnóstico en pacientes con estas características. (México a partir de los 60 años en los países industrializados de los 65 años en adelante), e iniciar el tratamiento oportuno o bien canalizarlos oportunamente a otro nivel de atención.

La escala de medición que se utilizará es la Escala de Depresión Geriátrica (GSD) por su alta sensibilidad y especificidad que se basa principalmente en la presencia de indicadores somáticos del humor deprimido, ya que la mayoría de los ancianos cursan con otras enfermedades agregadas.(2) (13).

ANTECEDENTES.

Definición: DEPRESION (del latín Depression-onis) “ Estado de abatimiento que imposibilita la acción” puede presentar síntomas físicos o psíquicos.

Depresión (lat de hacia abajo + premiere, comprimir). Disminución o deseo de la actividad funcional.

Hipócrates, en el siglo IV a. C., afirmaban que acerca de lo que hoy se considera como síntomas psiquiátricos, estaban relacionados con la interacción conjunta de cuatro humores corporales: la bilis negra, la bilis amarilla, la sangre y la flema, Se consideraba bajo esta concepción que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis.

En el siglo XVI se tienen referencia de tratamientos para la melancolía en base a “purgantes”. Martín de la Cruz en 1592, en su Código Badiano refiere como “remedio para la sangre negra”, presenta todo un tratado de conductas y actitudes que tiene que realizar el enfermo melancólico para superar su enfermedad, tales como no asolearse, no beber pulque, abstenerse de deseo carnal y tratar de divertirse en otras cosas.

En el siglo XVII Robert Burton escribe su texto “Anatomía de la Melancolía” y hace referencia tanto al cuadro clínico como a algunas conductas terapéuticas.

En 1801 se edita “El Tratado Médico-Psicológico de la Alienación mental” escrito por Pinnel quién menciona que para el manejo de la melancolía se deberían utilizar baños con ducha, purgantes, sueros, medicamentos (no especificados) y ergoterapia.

En 1841 el miedo a los trastornos emocionales propios de la edad avanzada, con la posibilidad que dieran lugar a una acusación de una brujería, provocó que muchas mujeres prefirieran morir jóvenes antes que llegar a viejas.

“Bastaban que fueran ancianas, pobres y malhumoradas, para tener una muerte segura en la hoguera del cadalso” (Mackay) Blazer Dan G.(4).

A fines del siglo XIX y principios del actual se inicia la utilización de diversas, técnicas psicoterapéuticas que a la fecha son de gran utilidad.

Sigmund Freud (1917-1950) desarrolló la teoría psicodinámica de la depresión. Su explicación de los síntomas melancólicos es similar a la ya propuesta por Burton. Postuló que la depresión representaba la introyección de la hostilidad causada por la pérdida de personas amadas de un modo ambivalente. Diversos psiquiatras reformularon las teorías de Freud en los años siguientes. Abraham (1953) sugirió que la enfermedad maniaco-depresiva estaría constituida por dos reacciones polarizadas frente a los mismo conflictos internos.

Bibring (1953) siguió la tendencia de los psicólogos del yo y postuló que la depresión sería secundaria a un conflicto intrayoico, que surgiría cuando el yo es incapaz de cumplir sus fines. Así pues, la disminución consiguiente de la autoestima constituiría el síntoma central de la depresión. Chodoff (1972) describe el concepto psicoanalítico moderno: las personas predispuestas a la depresión dependen de compensaciones narcisistas-derivadas directas o indirectamente de otros individuos para mantener su autoestima, y por tanto muestran facilidad para el desarrollo de síntomas significativo, secundarios a las pérdidas adquiridas con el curso del tiempo (3) (4).

En la primera mitad de siglo XX aparecen como técnicas específicas de tratamiento para la depresión la terapia eléctrica (electro shock) que inicia Cerletti y Bini en 1938, el coma insulínico que induce Sakel en 1933 y el uso de anfetaminas que propone Mayerson en 1936.(7).

La historia moderna del tratamiento farmacológico de la depresión se inicia en 1957 cuando Kuhn (investigador suizo) descubre que la imipramina (derivado tricíclico, que se pretendía utilizar como antipsicótico) genera un potente efecto antidepresor, mismo que se presentaba después de dos a tres semanas de haber iniciado. Ese mismo año Kline reportó

que la iproniazida, usada en enfermos tuberculosos les generaba euforia y mejoría del estado de ánimo.

Estos descubrimientos dieron como consecuencia la integración de dos grupos de psicofármacos para la depresión, los heterocíclicos y los inhibidores de la mono-amino-oxidasa.

El efecto benéfico de estos fármacos por su acción ya sea a nivel de la sinapsis (como en el caso de los heterocíclicos) o en el interior de la neurona (como en el caso de los IMAOs) ha dado paso a reportes farmacocinéticos diversos que han permitido establecer algunas explicaciones neuroquímicas como causa de la depresión siendo las más importantes las que se orientan a las alteraciones de los neurotransmisores monoamínicos, serotonina y norepinefrina en particular; aún cuando no se ha descartado en su totalidad la hipótesis de que en la depresión existía una regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico. Salvador González G., MD Director Médico Clínica San Rafael, México.(7).

DEPRESIÓN.-síndrome psiquiátrico que consiste en pesimismo y tristeza retardo psicomotor, insomnio y perdida de peso a veces concomitante al sentido de culpa y preocupaciones somáticas de proporciones delirantes (5) (16).

La depresión es un trastorno persistente del estado de ánimo o humor caracterizado por tristeza, temor, angustia, indiferencia, pesimismo, irritabilidad, lentitud para pensar y disminución de la autoestima, lo cual repercute en síntomas físicos y/o psíquicos. Es un trastorno afectivo que se caracteriza por una visión sombría del entorno y de sí mismo es el resultado de determinadas fuerzas biológicas o sociales, que actúan en forma nociva sobre el funcionamiento del sistema nervioso o cambiar en forma negativa el comportamiento de la persona, el contenido de sus sentimientos y de sus pensamientos. Dependiendo de la intensidad de la enfermedad el individuo depresivo puede presentar todos o algunos de los siguientes síntomas:

- Indecisión, que puede manifestarse hasta en aspectos intrascendentes.
- Pérdida de la autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva e inadecuados.

- Dificultad para pensar con claridad o concentrarse.
- Olvidos frecuentes, sentimientos de inestabilidad, desesperanza y desmoralizantes.
- Pérdida de interés en el trabajo, los estudios y entretenimientos.
- Sensación de lejanía emocional hacia familiares o amigos.
- Falta de energía o inquietud externa.
- Cambios en el apetito por exceso o disminución.
- Problemas para dormir, ya sean por despertares frecuentes, generalmente en la madrugada o por dormir en exceso.
- Disminución en el interés sexual.
- Llanto fácil, o deseos de llorar y no poder hacerlo, sentir un “nudo en la garganta”, pesimismo, ideas recurrentes de muerte incluso respecto al suicidio.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE –10) de la Organización Mundial de la Salud y en el Manual Diagnóstico y Estadístico versión IV (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana hace referencia a los síntomas arriba mencionados.(8).

El paciente anciano tiene muchos de los síntomas anteriores por el envejecimiento natural que se presenta en cada individuo en mayor o menor grado puede presentar enfermedades biológicas, desempleo, jubilaciones o muerte de personas contemporáneas. Por lo que la depresión a esta edad puede considerarse como “normal” que sea su estado anímico de los adultos mayores y así confundir la depresión con el envejecimiento.

Se distinguen dos tipos de depresión:

La exógena o depresión reactiva, tiene una causa externa conocida, la pérdida de una persona querida, la pérdida de una posición privilegiada, o alguna enfermedad que amenace la vida, hay reacción de pesadumbre.

Las depresiones endógenas no tienen una causa externa aparente; parecen surgir en individuos susceptibles como una respuesta a un estímulo biológico desconocido.(1) (6).

Se consideran como típicas depresiones endógenas las psicosis maniaco-depresivas y la melancolía involutiva (1).(6).

Factores de depresión:

Existen cuatro causas principales de depresión:

- A) Factor genético
- B) Factor psicológico
- C) Factor biológico
- D)Factor ambiental

TEORÍA GENÉTICA .- La capacidad para experimentar tristeza y depresión es común en todo el género humano. La depresión puede provocarse por la existencia de circunstancias adversas al individuo; sin embargo, como respuesta al mismo grado de pérdida, algunos individuos son más propensos a la depresión que otros. En general, parece existir una diátesis familiar en la mayor parte de pacientes depresivos, lo cual es especialmente cierto en los casos de psicosis maniaco-depresivas y de melancolía involutiva. Si uno de los padres ha tenido una depresión profunda, en los límites de la psicosis, existe un 10 a 15% de probabilidades de que su hijo o hija vayan a sufrir, así mismo un ataque depresivo. Si en ambos padres ha existido una depresión grave, el 50% de sus descendientes sufrirá, probablemente, una crisis depresiva.

Los estudios genéticos modernos refieren cromosomas con caracteres recesivos ligados a X de ceguera cromática y el grupo sanguíneo Xg como marcadores, han establecido que el locus genético se establece sobre el cromosoma X. (1) (9).

TEORIA BIOQUIMICA .- Las aminas biógenas (noradrenalina, serotonina y dopamina) son los elementos en que se funda esta teoría. Las observaciones realizadas durante la administración de medicamentos antidepresivos, del tipo de los derivados tricíclicos y de los inhibidores de la MAO, estos ejercen su efecto aumentando una u otra de las aminas biógenas a nivel de los receptores centrales adrenérgicos (sistema límbico e hipotálamo), las drogas que más amenudo causan depresión son la reserpina, agotando los

depósitos de aminas biógenas lo que deduce lógicamente que la depresión aparece en forma natural. (1).

Los sistemas de neurotransmisión más involucradas en la fisiopatogenia de la depresión son: serotonina, norepinefrina, dopamina y acetilcolina. La serotonina, ha cobrado gran relieve como resultado del empleo de medicamentos como los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de la Serotonina (ISRS) y a los trabajos en donde se reporta una disminución de la disponibilidad de serotonina y de su catabolito el ácido 5-hidroxiindol acético (5-HIAA), en el cerebro de enfermos deprimidos suicidas. Al mismo tiempo existen los reportes de que hay un aumento de la densidad de los receptores 5-HT₂ en el cerebro de estos enfermos deprimidos suicidas.

El efecto antidepresivo de los ISRS, parece necesitar de la existencia de serotonina, ya que cuando se administra una mezcla de aminoácidos esenciales, libre de L-triptófano (el principal precursor de serotonina), se depletan los niveles de serotonina y se revierte temporalmente el efecto antidepresivo. Esta mezcla de aminoácidos no es capaz por si misma de inducir depresión, en sujetos eufímicos sin antecedentes de alteraciones afectivas. Finalmente en cuanto a la serotonina, existen evidencias que involucren al receptor somatodendrítico 5-HT_{1A} en los mecanismos antidepresivos.

En el caso de la norepinefrina, existen datos de que los antidepresivos tricíclicos, y otros agentes nuevos como la venlafaxina, ejercen parte de su acción aumento la disponibilidad de norepinefrina y también de la dopamina (además de bloquear la recaptura de serotonina). Los cambios en la sensibilidad de los receptores beta-uno adrenérgicos, han sido observados con diferentes medicamentos antidepresivos, por lo que se ha propuesto como un mecanismo de acción de este tipo de fármacos. En el caso de las depresiones mayores con melancolía, los ISRS han mostrado ciertas limitaciones, y esta se debe a que no modifican la recaptura de norepinefrina esta al estar disminuida, sería el factor desencadenante de la anhedonia y otros síntomas vegetativos que se observan en estos pacientes.

El sistema colinérgico se ha reportado hipersensible en la depresión. Las principales evidencias al respecto son el síndrome de la “Inhibición Psicomotriz” que presentan personas con antecedentes de depresión previa o que tienen familiares de primer grado con alteraciones afectivas. Por otro lado la latencia al primer episodio de Sueño de Movimientos Oculares Rápidos (SMOR), se ha reportado acortada en la depresión mayor. El sistema colinérgico promueve el inicio y mantenimiento de esta fase de sueño. Las alteraciones típicas del sueño del deprimido son: Latencia al SMOR acortada, menor cantidad de sueño lento, múltiples despertares, despertar matutino prematuro, aumento de la densidad de los movimientos oculares rápidos y mayor duración del primer episodio del SMOR de la noche. La hipersensibilidad colinérgica puede explicar algunas de estas anomalías. También se ha propuesto un “Avance de Fase” del ciclo del sueño-vigilia, de esta forma las alteraciones del sueño del deprimido, serían alteraciones en los osciladores, posiblemente el núcleo supraquiasmático y/o en la señal del sistema de reacoplamiento interno, asignada a la melatonina, la cual está disminuida en algunos enfermos deprimidos. Finalmente la restricción de sueño, ya sea mediante la privación del sueño total, parcial selectiva al SMOR, o a la segunda parte de la noche, tiene un efecto antidepressivo bien documentado. Esto último apoya aun más el papel interactivo del sueño y la depresión. R.Salin-Pascual, MD Servicio de Investigación. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” Secretaría de Salud.

Teoría Psicoanalítica.. Karl Abraham fue el primer psicoanalista que estudio pacientes con psicosis maniaco-depresiva que presentan personalidad obsesivo compulsivas y sostiene que estos pacientes manifiestan necesidades bucales, especialmente marcadas.

La relación madre –hijo se caracteriza en estos enfermos por fuertes sentimientos ambivalentes, que originan un sentido de inseguridad durante la infancia lo que a su vez prepara la presentación de crisis profundamente depresiva en la vida adulta.

Karl Abraham visualizó la depresión en los pacientes maniaco-depresivos como una etapa regresiva a los períodos más tempranos del desarrollo o sea, hacia la etapa bucal de dependencia agresiva infantil.(1).

Freud empleó la reacción de duelo como un modelo para la depresión. Señalo que una persona melancólica se comporta de igual manera que alguien que ha sufrido una pérdida.

Para el melancólico, la pérdida es simbólica.

Edward Bibring. Pensó que la respuesta antidepresiva era una serie de eventos traumáticos ocurridos durante la niñez y la adolescencia como mecanismo depresivo la pérdida de la autoestimulación y un sentimiento de incapacidad.

CLASIFICACION ACTUAL DE LAS DEPRESIONES:

La American Psychiatric Association usan el término Depresión Mayor no así el término de endógeno.

La tradición británica persiste en el término de endógena.

La OMS (ICD-10) utiliza un término de dudoso valor demarcatorio: el de “severidad” al referirse a las depresiones de probable origen biológico y buena respuesta a fármacos antidepresivos y/o terapia electroconvulsiva (TEC).

Se acepta la existencia de dos formas básicas de trastornos afectivos, el unipolar y bipolar. La depresión unipolar suele subclasificarse, a su vez en tres formas: la depresión endógena (mayor, severa, autónoma) la forma clásica es la melancolía.

Segundo grupo Depresión Neurótica o Distimia.

Un tercer grupo.- Depresión atípica, conjuga síntomas de ansiedad y depresión. Cuando la depresión endógena se presenta durante un período del año se denomina depresión estacional (primavera-otoño).(11).

FORMAS DE DEPRESION SEGÚN LAS NOMENCLATURAS OFICIALES

DSM-III-R (EE.UU.)

IDC-10 (OMS)

TRASTORNOS BIPOLARES	EPISODIO MANIACO
Míxto Maníaco Depresivo Ciclotimia	Episodio depresivo Grave De mediana intensidad
TRANSTORNOS DEPRESIVOS BIPOLAR	TRASTORNO AFECTIVO
Depresión mayor Melancólica Crónica	Maníaco Depresivo Míxto
DISTIMIA (DEPRESION NEUROTICA)	TRANSTORNODEPRESIVO RECURRENTE
Primaria Secundaria Inicio precoz Inicio tardío	Grave De mediana intensidad Variable
OTROS RESISTENTES	ESTADOS AFECTIVOS
(No clasificables en los anteriores o pendientes de validación)	Ciclotimia Distimia
	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
	Tipo maníaco Tipo depresivo Otros.

C.Gastó/J.Vallejo/ J.M.Menchón

TRASTORNOS DEL HUMOR SEGÚN EL DSM-III-R

TRASTORNO	CUADRO SINTOMÁTICO	SEVERIDAD	DURACION
Depresión Mayor	Episodio depresivo (aislado)	5 de 9 Síntomas diarios	Mínimo dos semanas
Trastorno Bipolar	Episodios maníacos y depresivos	3 o 4 de 7 síntomas	Sin limite
Distimia	Humor depresivo	2 de 6 síntomas	Mínimo 2 años
Ciclotimia	Episodios hipomaniacos alterados con humor depresivo	Sin hospitalización o alteración grave	Mínimo 2 años

C.Gastó/ J.Vallejo/ J.M. Menchón

CLASIFICACION ACTUAL DE LA DEPRESION



FUENTE: MANUAL DE GERIATRIA ALBERTO SALGADO, FRANCISCO GUILLEN.

CAUSAS MEDICAS DE DEPRESION

ENDOCRINAS:

- Acromegalia
- Hiper o hipotiroidismo
- Hiper o hipoparatiroidismo
- Feocromocitoma
- Enfermedad de Cushing

INFECCIOSAS:

- Encefalitis
- Meningitis
- Neurosifilis

CARENCIALES:

- Anemia perniciosa
- Encefalopatía de Wernicke

TRASTORNOS METABOLICOS:

- Hidroelectrolíticos (hipo o hipercaliemia)

NEOPLASIAS:

- Cáncer de páncreas

ENFERMEDADES NEUROLOGICAS:

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- Corea de Huntington
- Esclerosis múltiple
- Hidrocefalia normotensiva
- Enfermedad de Parkinson

MEDICAMENTOS:

Hipotensores

Clonidina

Guanetidina

Reserpina

Metildopa

Diuréticos

Digitálicos

Cimetidina

Esteroides

Modificada de Jenike, M.: Handbook of Geriatric Psychopharmacology. PSG, Littleton, 1985.

CUADRO CLINICO:

Humor triste, que puede presentarse en forma pura o enmascarada por quejas somáticas o manifestaciones ansiosas.

Pérdida de interés por las cosas, con dificultad para experimentar placer.

Trastornos del sueño, con dificultad para conciliarlo y despertar precoz. Puede aparecer hipersomnia, aunque es menos frecuente.

Trastorno del apetito, con anorexia y pérdida de peso.

Curso del pensamiento enlentecido, con disminución en la capacidad de aprendizaje.

Contenido del pensamiento constituido por rumiaciones de matiz depresivo; en los casos graves puede adquirir un matiz delirante.

Trastornos de la motricidad, con inhibición y bloqueo o inquietud y excitación.

Trastornos de la atención y concentración que puede limitar gravemente la actividad cotidiana del sujeto. La memoria de fijación puede estar afectada en estos pacientes.

Disminución o desaparición de la libido sexual.

DIAGNOSTICO DE DEPRESION:

A pesar de la alta prevalencia de los trastornos depresivos en personas de todas las edades y culturas, la depresión es poco diagnosticada y poco tratada en el nivel primario de atención o por médicos especializados en otras áreas diferentes a la psiquiatría a los que paradójicamente acuden estos pacientes en forma inicial.

En el terreno de la psiquiatría la depresión es diagnosticada en 50% de los pacientes que son atendidos en la consulta externa de los servicios de salud mental.

El diagnóstico de la depresión es un diagnóstico clínico, es decir, basado en los síntomas y signos que se recaban en el examen médico-psicológico.

La clasificación de la depresión a través de la historia ha sufrido múltiples cambios, lo cual sugiere que ninguna ha sido suficientemente satisfactoria, aún las actuales. Por lo que las mencionamos anteriormente.

Los síntomas, disminución del apetito, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de la energía, sentimiento de culpa o inutilidad excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad de pensar concentrarse, indecisión, ideas recurrentes de muerte, perspectiva sombría del futuro, ideación suicida o intentos de suicidio. Se aclara que los síntomas ocasionan malestar o alteración en el funcionamiento social, ocupacional o familiar; estos no son debidos a un duelo por la pérdida de un ser querido.

La depresión puede ocurrir simultáneamente con trastornos médicos no psiquiátricos o bien con otros trastornos.

Las personas de edad avanzada que sufren frecuentemente depresión se ven influidas por el medio ambiente físico y social. Sí el anciano depresivo carece de familia y de amigos la disminución de actividad y la pérdida de interés pueden conducirlo a cambios

en los comportamientos relacionados con la salud, por ejemplo en la ingesta de alimentos que tal vez influyan significativamente sobre la evolución. Si tiene familiares, éstos pueden animarle para que mantenga una dieta adecuada. Así pues, la evolución de cada episodio depresivo en fase avanzadas de la vida depende, en gran parte, de la interacción del paciente con su entorno.

Puede también ser provocada por la utilización de ciertos medicamentos como los antipertensivos, los hormonales, los bloqueadores de los receptores de histamina, los anticonvulsivantes, los antiarrítmicos y la levodopa. Las enfermedades médicas generales a las que se asocian más frecuentemente son hipotiroidismo, diabetes, cáncer, esclerosis múltiple, accidentes vasculares cerebrales e infarto del miocardio.

Estas deben descartarse con base en la historia clínica, estudios de laboratorio y gabinete y examen físico.

Sin embargo, es posible hacer diagnóstico de episodio depresivo mayor aunado a cualquiera de estos padecimientos. Los trastornos psiquiátricos con los que presenta frecuentemente comorbilidad son, en primer lugar, los trastornos de ansiedad y después padecimientos como el alcoholismo y otras adicciones, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de somatización, la anorexia nerviosa, y algunos trastornos de personalidad.

Los estados depresivos no raramente ocurren en los niños. Los bebés privados del afecto materno pueden presentar un cuadro llamado depresión analítica, el cual es caracterizado por falta de desarrollo, detención del crecimiento y conductas regresivas. En niños mayores un estado depresivo es común como causa subyacente a diversos trastornos de conducta. Los síntomas en los adolescentes generalmente son parecidos a los de los adultos aunque ha sido afirmado que la hipersomnia es más común en esta edad que en los pacientes de mayor edad. La pérdida del interés y de la capacidad para el trabajo pueden hacer que los pacientes abandonen las actividades personales y sociales, lo que puede confundir el diagnóstico con el inicio de una esquizofrenia.

Después de los 65 años de edad la incidencia de trastornos depresivos tiende a igualarse en el hombre y la mujer. Los eventos de la vida llegan a ser particularmente traumáticos y los pacientes tienen gran dificultad para recuperarse de sus efectos. Los síntomas psicóticos son comunes y contribuyen a la pobre respuesta al tratamiento, aunque no es común, los síntomas de deterioro de la memoria, confusión y desorientación pueden hacer pensar en un diagnóstico de demencia. Sin embargo, las depresiones son más comunes que las demencias hasta cerca de los 75 años de edad. El riesgo de suicidio en estos pacientes es muy grande, por lo que cualquier intento suicida debe ser tomado muy seriamente.(15).

Stengel (1973) “el acto suicida es cualquier acto deliberado de autoagresión al que no puede estar segura de sobrevivir, la persona que lo comete”.

Se habla de suicidio agudo cuando el individuo comete un acto violento que le produce la muerte.

Meninger (1938) señaló que el suicidio puede ser crónico. Muchos comportamientos constituyen formas de autodestrucción indirecta, como ascetismo, la búsqueda del martirio, el invalidismo neurótico, la adicción al alcohol, el comportamiento antisocial, la psicosis, la automutilación, la simulación, la policirugía, los accidentes voluntarios, la impotencia, la rigidez y ciertas enfermedades físicas. Sin embargo, la mayoría de los investigadores no consideran intentos reales de suicidio de diversos comportamientos descritos por Meninger. Stengel advirtió que los actos suicidas no siempre llevan inherente un deseo de autodestrucción. El intento de suicidio puede actuar como manifestación de alerta, y por tanto tener el efecto de una petición de ayuda. Ciertas personas realizan amagos suicidas (actos con los que el individuo claramente no espera morir) para llamar la atención. Las tasas para los varones de 60 años ha oscilado entre 40 y 75/ 100 000, mientras que la cifra para toda la población de individuos de esa edad varía entre el 9 y el 13/ 100 000. Blazer G. Dan (4).

La relación entre intentos de suicidio y suicidios reales en el grupo de edad con más de 60 años 4:1 mientras que la cifra correspondiente a los sujetos menores de 40 años es 20:1. Los individuos de edad avanzada comunican con menor frecuencia sus intenciones de suicidarse (Bock, 1972), utilizan más frecuentemente armas letales (Mares 1969) y tiene más posibilidades de alcanzar un desenlace mortal (Resnick y Cantor, 1970; Sendbuehler y Goldstein, 1977). Entre los 65 y 69 años de edad el número de suicidios es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres. Hacia los 85 años esta relación aumenta hasta 12:1 (National Center for Health Statistics, 1977). Blazer Dan G. (4).

Es difícil predecir que el suicidio de las personas de edad avanzada (Miller, 1979).

Sí la incapacidad de hacer frente a la pérdidas vitales no es suficiente para explicar la mayor tasa de suicidios entre los ancianos. De hecho, Barraclough (1971) ha confirmado la experiencia de muchos clínicos en cuanto a los síntomas depresivos de los ancianos que intentan suicidarse o consiguen hacerlo a menudo no parecen graves.

Sin embargo, la depresión, el insomnio, la tensión y la agitación existen casi siempre en las personas mayores que realizan intentos de suicidios. En las fases avanzadas de la vida, el suicidio es con frecuencia un acto impulsivo. Los testimonios de familiares de suicidas sugieren éstos con frecuencia, no se muestran distintos al día que han escogido para suicidarse y que en apariencia continúan haciendo planes para el futuro. Aunque muchas de estas personas expresan molestias psicofisiológicas considerables, Batchelor (1957) señala que la enfermedad física no constituye la causa precipitante en la mayoría de los ancianos suicidas.

La pérdida de lazos familiares y sociales aumentan las posibilidades de suicidio. El suicidio puede aumentar debido a la conmoción originada cuando hay pérdida del cónyuge. Ante el evento, el superviviente no se adapta a la nueva situación impuesta por las circunstancias y por lo tanto ofrece menos resistencia del suicidio. Blazer G Dan.(4).

Los factores de riesgo mayores para depresión incluyen una historia personal o familiar de trastorno depresivo, antecedentes de intento suicida, género femenino, falta de apoyo social y abuso de sustancias reciente tóxicas.

Las entrevistas estructuradas como el SCID o el SCAN están basadas en los criterios diagnósticos clínicos y tienen utilidad más que para hacer el diagnóstico en estudios de investigación clínica que requieren muestras homogéneas de pacientes. Las escalas de evaluación como la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Depresión de Carroll y la de Zung, no deben utilizarse para hacer el diagnóstico, pero si para evaluar la intensidad y la severidad de los síntomas depresivos.

No hay hallazgos de laboratorio que se consideren “diagnósticos” de la depresión. Sin embargo, hay una variedad de hallazgos que han sido identificados en algunos pacientes que sufren de depresión. La mayoría de estas alteraciones de laboratorio son “estados dependientes”. Es decir, están presentes cuando el paciente cursa con el episodio depresivo y se corrigen al mejorar el episodio. Aproximadamente un 30% de los pacientes deprimidos pueden tener alteraciones en la prueba de supresión con dexametasona, en la estimulación de tirotrófina (TSH) con tiroliberina (TRH), en la concentración de metoxihidroxifenilglicol (MHPG metabolito de catecolaminas) en orina de 24 horas. Este tipo de pruebas de laboratorio no se utilizan de rutina, en la consulta psiquiátrica general. Su uso queda restringido a la investigación. Son pruebas sofisticadas y la mayoría de las veces costosas.

De un 40-60% de los pacientes deprimidos pueden tener alteraciones en el registro polisomnográfico (registro de sueño) como: alteraciones en la continuidad del dormir, despertares intermitentes, despertar temprano, reducción de movimientos oculares rápidos y disminución de la latencia a MOR. Estas pueden preceder al episodio depresivo o persistir después de la recuperación del mismo. Hacer este tipo de registro permite conocer más de la fisiopatología de la depresión, pero tampoco deben utilizarse como prueba diagnóstica.

El estigma social alrededor de la depresión es importante y esto a menudo impide la adecuada aplicación de los tratamientos y conocimientos actuales. El costo de la enfermedad en dolor, sufrimiento, discapacidad y muerte es alto.

Una vez diagnosticada la depresión puede casi siempre ser tratada exitosamente con medicamentos, con psicoterapia o la combinación de ambos.

PUNTOS CLAVES PARA LA EVALUACION Y MANEJO DEL PACIENTE GERIATRICO.

a) Tener el conocimiento de las alteraciones morfológicas y fisiológicas durante el curso de la involución del organismo en el proceso del envejecimiento con sus componentes degenerativos.

b) Entender que la homeostásis disminuida y por lo tanto inestable hace un equilibrio precario y una línea divisoria muy estrecha entre normalidad y enfermedad, entre fisiología y patología.

c) La disminución de las reservas funcionales, respuesta inmunológica, capacidades adaptativas, etc. Determinan un aumento de la susceptibilidad y vulnerabilidad a los agentes agresores bióticos y abióticos.

d) El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y que está determinado por factores genéticos o intrínsecos y ambientales o extrínsecos, que inciden de diversas maneras en los distintos individuos a las diferentes edades. (15).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En las Clínicas de Medicina Familiar que son de Primer Nivel de Atención de Salud acuden pacientes de todas las edades de diversa patologías y de ambos sexos, en nuestra consulta diaria atendemos a pacientes de la tercera edad que esta considerado en México a partir de los 60 años de edad.

La mayoría de los pacientes de la tercera edad que acuden a consulta presentan enfermedades biológicas por lo que frecuentemente usan diversos fármacos lo que se denomina polifarmacia.

Pueden presentar problemas familiares, económicos, sociales o físicos lo que los conduce generalmente a un estado depresivo a diversos niveles (leves, moderados o severos).

Por lo que ese estudio se realiza en los pacientes de 60 años en adelante para valorar si existe depresión y en que grado, para iniciar tratamiento lo más oportuno posible para no minimizar la calidad de vida del paciente geriátrico. Si es leve iniciar tratamiento en la Clínica de Primer Nivel de Atención, si es moderada a severa canalizar a segundo o hasta un tercer nivel de Atención para evitar la complicación mayor que es el suicidio.

Dado lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la incidencia de depresión en los pacientes de 60 años en adelante?

JUSTIFICACION:

Ya que en la consulta diaria de las Clínicas de Primer Nivel de Atención de las Clínicas de Medicina Familiar atendemos a pacientes de la tercera edad la cual se ha ido incrementando año con año. Debemos de tener más cuidado y atención en los pacientes de esta edad ya que los síntomas en la depresión pueden pasar desapercibidos a veces por el poco tiempo que se emplea en cada paciente y creer que por su edad es la sintomatología normal del paciente geriátrico o bien la forma de comportamiento de su entorno familiar, social o psicológico.

El Medico Familiar por ser el primero en tener contacto con el paciente que se encuentra deprimido ya sea con algún síntoma vago o tener sintomatología más amplia debe de poner más atención en estos pacientes y aplicar pruebas diagnósticas que solo llevan hasta 10 minutos en aplicarlas para así iniciar un tratamiento oportuno y no minimizarse la calidad de vida del paciente en esta edad. De ser Moderada a Severa derivarlos a Segundo o Tercer nivel de atención para su pronto restablecimiento e integración a la vida cotidiana con su familia y ante la sociedad.

Evitando mayores gastos institucionales que repercute en la economía y en la sociedad como la complicación mayor que es el suicidio.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia de depresión en los pacientes de 60 años a más en la Unidad de Medicina Familiar Juárez I S.S.S.T.E. D.F.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Se estudiará a los pacientes de ambos sexos de 60 años a más.

Identificar en la población estudiada la presencia de depresión.

Identificar el grado de depresión en los pacientes deprimidos.

Identificar a los pacientes con depresión por edad y sexo.

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Descriptivo, Prospectivo y de Corte Transversal.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Pacientes de 60 años en adelante que acudieron a consulta en los meses de octubre 1997 a febrero 1998. Al consultorio No. 12 de la Unidad de Medicina Familiar Juárez I.S.S.S.T.E., México D.F.

TIPO DE MUESTRA:

No aleatoria consecutiva.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Derechohabientes de la Clínica Juárez I.S.S.S.T.E. de 60 años a más de ambos sexos, dentro del periodo de estudio y que hayan aceptado se les aplicará la escala de medición de depresión.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

No derechohabientes de la Clínica Juárez I.S.S.S.T.E., México D.F.
Pacientes menores de 60 años.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Pacientes que no deseen se les aplique el Test de depresión y el Mini-exámen Cognoscitivo Folstein.

Personas que no terminen de contestar el Test GDS de 30 preguntas y el Mini-Examen Cognoscitivo Folstein de 35 preguntas.

VARIABLES

Cualitativa	{	Nominal :Sexo	{	Leve
		Ordinal: Grados de Depresión		Moderada
				Severa

Cuantitativa Continua :Edad.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION:

A los pacientes de 60 años a más que acudieron al consultorio No.12 de la Unidad de Medicina Familiar Juárez I.S.S.S.T.E , México D.F., en los meses de octubre 1997 a febrero de 1998, se les invito a participar en el presente trabajo de investigación explicándoles que consistía en detectar si había depresión en estos grupos de edad.

Se aplicará una prueba llamada GDS de 30 preguntas en la que el paciente contesta sí o no según corresponda a consideración del paciente y otro cuestionario llamado Mini-Exámen Cognoscitivo Folstein que consta de 35 reactivos para valorar su estado mental.

Se aplicará a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y el periodo de tiempo a aplicar para conocer si existe o no depresión.

El Cuestionario de Depresión GDS de 30 preguntas se califica de la siguiente manera:

Normal	de 1 a 9 respuestas mal contestadas.
Depresión Moderada	de 10 a 20 respuestas mal contestadas
Depresión Severa	de 21 a 30 respuestas mal contestadas

Brink TI, Yesavage JA et AL. Screening Test for Geriatric Depression. Clin Gerontol,1982; (1); 37-43.

Mini-Examen Cognoscitivo de Folstein Para valorar estado mental:

Deterioro Mental Leve de 20 25 puntos.

Deterioro Mental Moderado 16-19 puntos

Deterioro Mental Severo 15 puntos.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Se solicita permiso a todos los pacientes para aplicarles la prueba de depresión GDS de 30 preguntas y el Mini-Examen Cognoscitivo de Folstein conforme a los reglamentos éticos de la Declaración de Helsinki lo que no afecta a los pacientes en estudio.

RESULTADOS:

La importancia de la investigación radica en saber si existe o no depresión en los pacientes de 60 años en adelante así como el grado y sexo más afectado.

En los 86 pacientes estudiados, 38 (44%) pertenecen al sexo masculino y 48 pacientes (56%) al grupo femenino.

De los 38 (44%) pacientes masculinos estudiados se encontró, 8 pacientes (21%) presentaron algún estado de depresión y 30 (79%) sin ninguna alteración.

Y 48 pacientes (56%) corresponden al sexo femenino en donde se encontró 36 pacientes (75%) sin depresión y 12 pacientes (14%) con algún grado de depresión.

Se encontraron pacientes sin depresión, con depresión moderada y severa, como se observa en las tablas y gráficas que se exponen en la presente investigación.

TABLA No 1:

Distribución por edad y sexo en pacientes de 60 años en adelante.

De los 86 pacientes estudiados, 38 pacientes (44%) pertenecen al sexo masculino y su distribución por grupo de edad es la siguiente: se encontró en el grupo de 60-64 años, 8 pacientes (9%) en donde se registró el mayor número de pacientes, en el grupo de 65-69 años, 5 pacientes (6%), de 70-74 años, 5 pacientes (6%), de 75-79 años, 3 pacientes (3%), de 80-84 años y sólo 1 paciente de 90 años.

Los 48 (56%) pacientes restantes pertenecen al grupo femenino y su distribución es la siguiente: en el grupo de edad de 60-64 años se registraron 17 pacientes (20%), presentando este grupo de edad la mayoría de los pacientes; en el grupo de edad de 65-69 años, 16 pacientes (19%), en el grupo de edad de 70-74 años, 8 pacientes (9%) en el grupo

de edad de 75-79 años, 5 pacientes (6%) y en el grupo de 80-84 años sólo se registraron 2 pacientes (2%).

TABLA No. 2:

Depresión en pacientes de 60 años en adelante por grados de depresión en pacientes masculinos.

De los 86 pacientes estudiados 38 (44%) pertenecen al sexo masculino encontrándose 8 pacientes (21%) depresión moderada y su distribución por edad es la siguiente: 2 pacientes (5%), en el grupo de 80-84 años y 1 paciente (3%) de 90 años.

TABLA No.3:

Depresión en pacientes de 60 años en adelante por grados de depresión en pacientes femeninas.

De los 86 pacientes estudiados 48 (56%) pertenecen al sexo femenino encontrándose depresión moderada en 10 pacientes (21%) y severa en 2 pacientes (4%).

Se encontró depresión moderada en los siguientes grupos de edad: 2 pacientes (4%) de 60-64 años, 4 pacientes (8%), en el grupo de 65-69 años, 2 pacientes (4%) en el grupo de 70-74 años y 2 pacientes (4%) en el grupo de 80-84 años.

Con depresión severa se encontraron los siguientes grupos de edad, 1 paciente (2%) en el grupo de 60-64 años, 1 paciente (2%) en el grupo de 75-79 años

DEPRESION EN PACIENTES DE 60 AÑOS EN ADELANTE
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

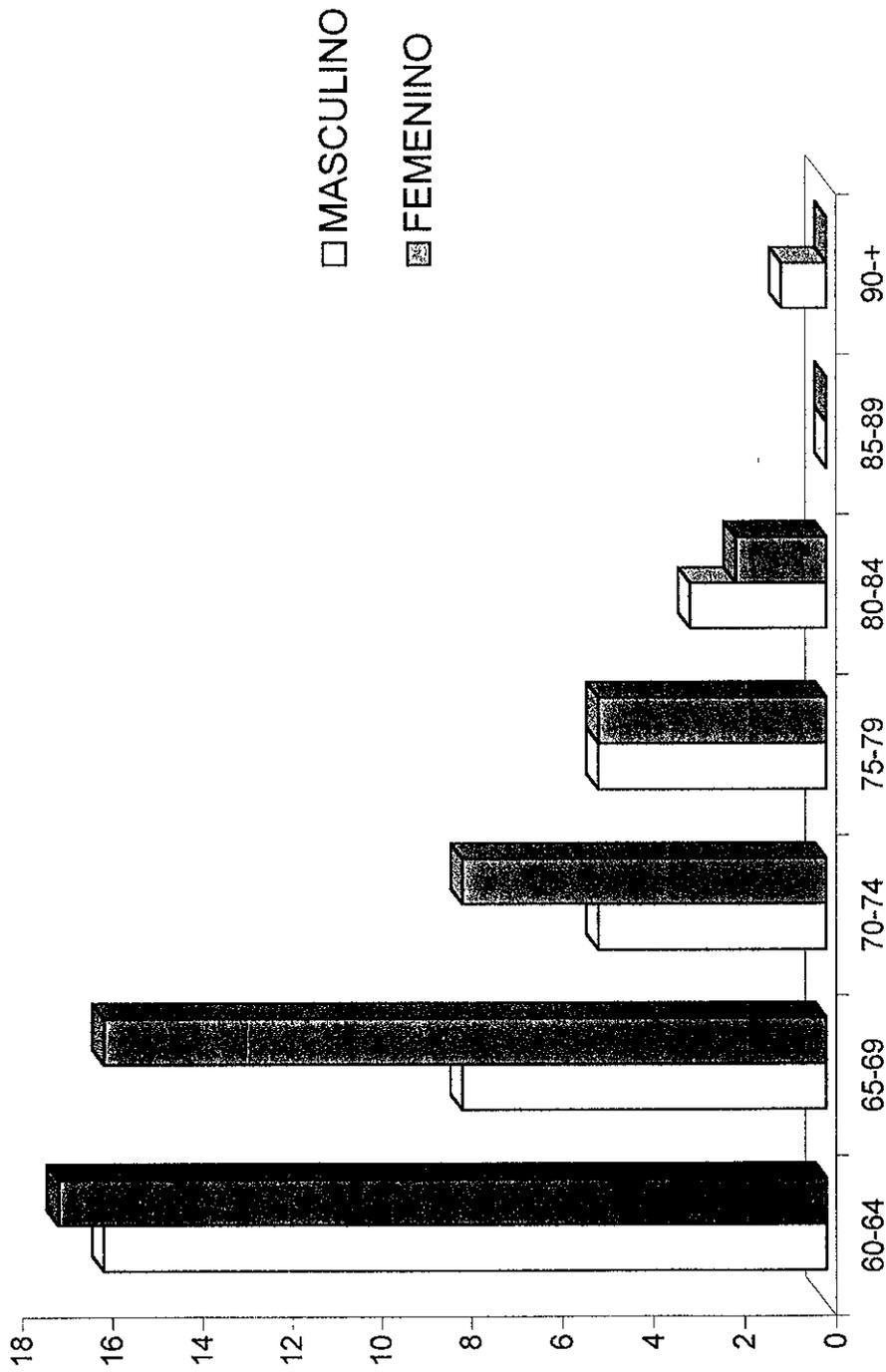
RESULTADOS :

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
60-64	16	19	17	20	33	38
65-69	8	9	16	19	24	28
70-74	5	6	8	9	13	15
75-79	5	6	5	6	10	12
80-84	3	3	2	2	5	6
85-89	0	0	0	0	0	0
90+	1	1	0	0	1	1
TOTAL GENERAL	38	44	48	56	86	100

TABLA 1

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

DEPRESION EN PACIENTES DE 60 AÑOS EN ADELANTE DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION E DATOS

DEPRESION EN PACIENTES DE 60 AÑOS EN ADELANTE
GRADOS DE DEPRESION EN PACIENTES MASCULINOS

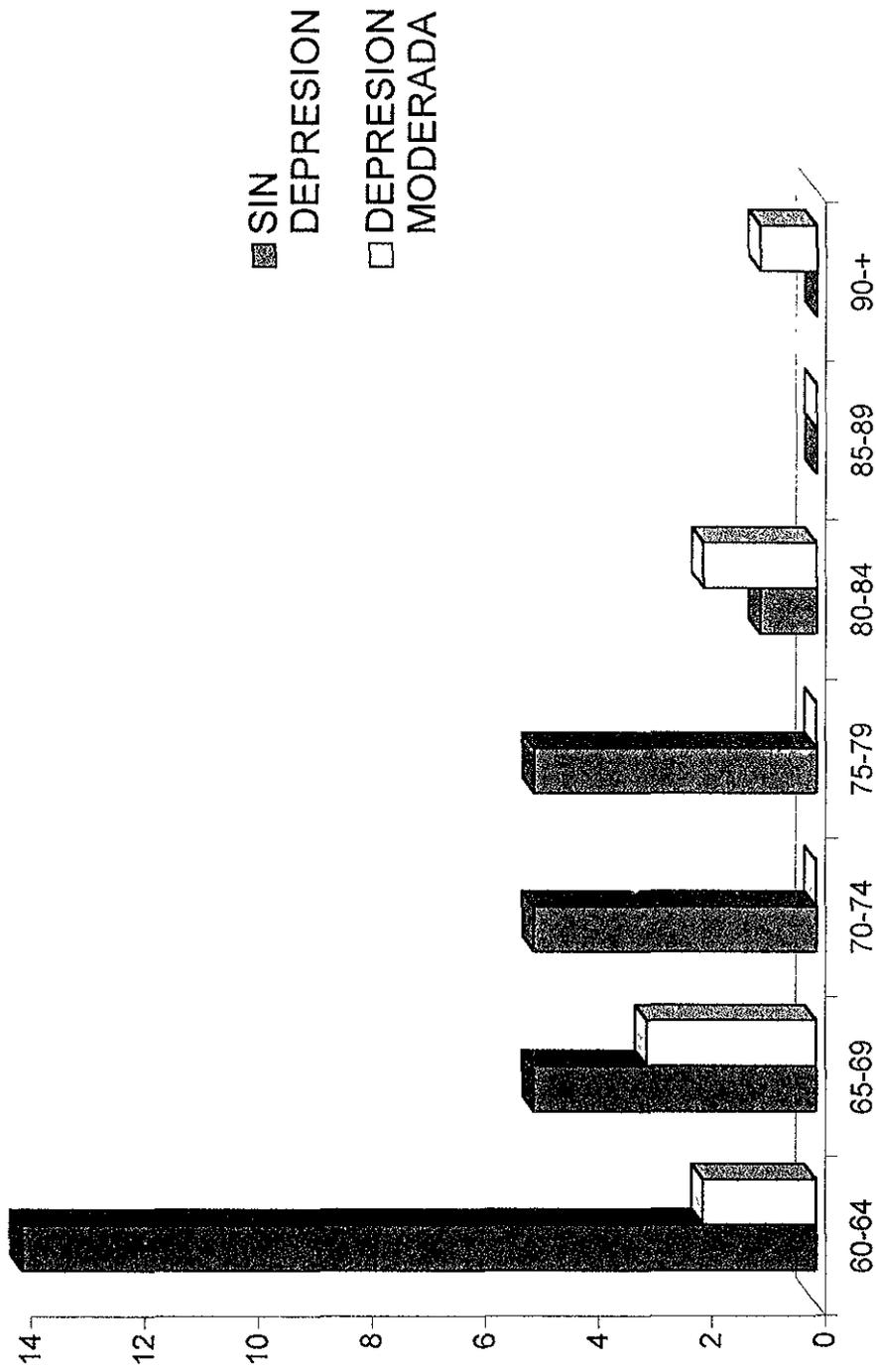
RESULTADOS :

EDAD	SIN DEPRESION	%	DEPRESION MODERADA	%	TOTAL	%
60-64	14	37	2	5	16	42
65-69	5	13	3	8	8	21
70-74	5	13	0	0	5	13
75-79	5	13	0	0	5	13
80-84	1	3	2	5	3	8
85-89	0	0	0	0	0	0
90-+	0	0	1	3	1	3
TOTAL GENERAL	30	79	8	21	38	100

TABLA 2

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

DEPRESION EN PACIENTES DE 60 AÑOS EN ADELANTE GRADOS DE DEPRESION EN PACIENTES MASCULINOS



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION E DATOS

DEPRESION EN PACIENTES DE 60 AÑOS EN ADELANTE
GRADOS DE DEPRESION EN PACIENTES FEMENINAS

RESULTADOS :

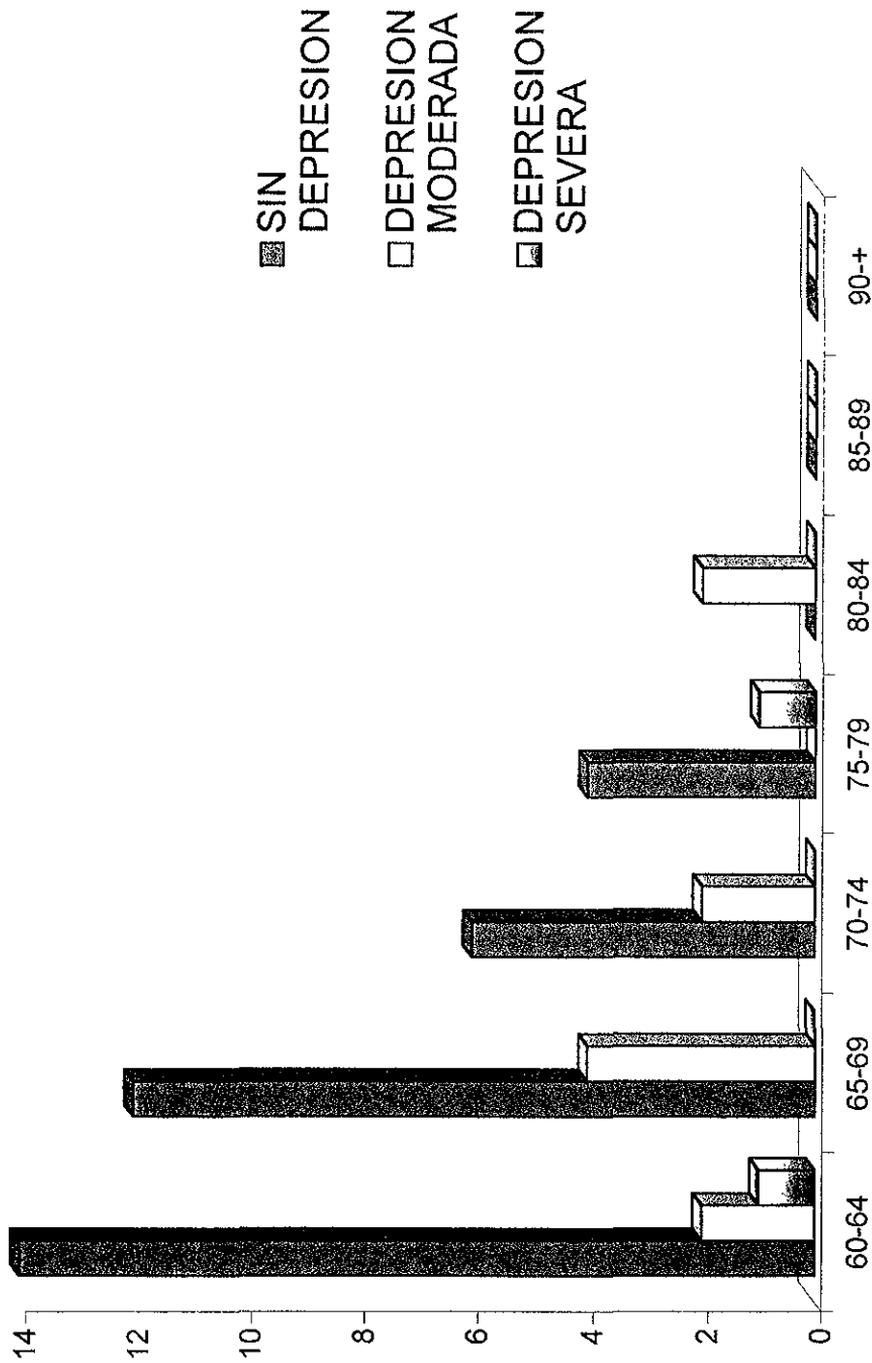
EDAD	SIN DEPRESION	%	DEPRESION MODERADA	%	DEPRESION SEVERA	%	TOTAL	%
60-64	14	29	2	4	1	2	17	35
65-69	12	25	4	8	0	0	16	33
70-74	6	13	2	4	0	0	8	17
75-79	4	8	0	0	1	2	5	10
80-84	0	0	2	4	0	0	2	4
85-89	0	0	0	0	0	0	0	0
90+	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	36	75	10	21	2	4	48	100

TABLA 3

FUENTE.CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

DEPRESION EN PACIENTES DE 60 AÑOS EN ADELANTE

GRADOS DE DEPRESION EN PACIENTES FEMENINAS



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION E DATOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA UNIVERSIDAD

DISCUSION:

En la presente investigación se estudió si hay depresión en las personas de 60 años en adelante y cual es el sexo más afectado.

Sorensen y Stronger en 1961 estudió 1, 412 pacientes encontrando 3% de la población con depresión, el sexo más afectado fue el femenino en el grupo de edad de 60-70 años. (4).

Blazer en 1980 estudió, 98 pacientes en el 33% de los pacientes estudiados encontró depresión en el sexo femenino, correspondiendo al grupo de edad de 60-69 años.(4).

En esta investigación se estudiaron 86 pacientes de los cuales 38 pacientes (44%) pertenecen al grupo masculino y 48 pacientes (56%) al sexo femenino.

Se encontraron 30 pacientes masculinos (79%) sin depresión; así como 36 pacientes femeninas (75%) sin depresión.

Con depresión moderada 8 pacientes masculinos (21%) y con respecto al sexo femenino se encontraron con depresión moderada 10 pacientes (21%) y sólo 2 pacientes (4%) con depresión severa; el grupo de edad más afectado comprende en las edades de 65-69 años. Siendo los resultados similares a otros autores.

Observamos que el sexo más afectado es el femenino probablemente porque es el que más acude a solicitar el servicio medico. Por lo que es importante realizar el Test Mini-exámen Cognoscitivo Folstein que se realiza en 10 minutos y la prueba GDS de 30 preguntas que al igual se emplean tan solo 10 minutos por paciente; para establecer diagnóstico y tratamientos oportunos en caso de detectar depresión moderada a severa canalizar oportunamente a los pacientes al segundo ò tercer nivel de atención para evitar la complicación mayor que es el suicidio.

CONCLUSIONES:

Se logró determinar que la población que con mayor frecuencia acude a la Unidad de Medicina Familiar Juárez I S S.T.E es del sexo femenino.

Se realizaron 86 pruebas GDS de 30 preguntas así como el Examen Cognoscitivo Mini-exámen Cognoscitivo de Folstein para valorar el estado mental. Correspondieron 38 al sexo masculino y 48 al sexo femenino y sólo 4 pacientes femeninas presentaron deterioro mental leve.

El sexo que presentó depresión con mayor frecuencia es el sexo femenino con 10 casos de depresión moderada el más afectado está el rango 65-69 años y 2 casos de depresión severa de 60-64 años y el otro correspondió al grupo 75-79 años.

El sexo masculino con 38 pacientes sólo presentó 8 pacientes con depresión moderada, ningún caso de depresión severa. El grupo que presentó mayor frecuencia corresponde de 65-69 años con 3 casos de depresión moderada.

De lo que observamos el grupo más afectado en frecuencia es el femenino así como en grado de depresión ya que presentaron sólo 10 pacientes con depresión moderada y 2 pacientes con depresión severa.

Es importante saber que existe depresión en los pacientes de 60 años en adelante ya que generalmente se cree que es el estado normal de esta etapa de la vida y se les abandona tanto familiares como a nivel médico no se les hace mucho caso a estos pacientes por eso es importante hacer conciencia en cada uno de nosotros como médicos aplicar, en nuestro consultorio de primer nivel de atención, las pruebas para evaluar si hay depresión con la prueba GDS. Esta prueba consta de 30 preguntas y solamente nos emplea 10 minutos para realizarla, así como el Mini - Exámen Cognoscitivo de Folstein para valorar el estado mental, que consta de 35 preguntas y también se emplean 10 minutos en su aplicación

Sí encontramos depresión leve en los pacientes, lo importante es iniciar un tratamiento oportuno y en caso de depresión severa se deberán de canalizar al segundo o hasta el tercer nivel de atención.

RECOMENDACIONES:

- Establecer programas integrales a nivel, **institución, familiar, educacional**, desde la propia formación del individuo.
- Involucrar al personal de salud (médicos, enfermeras, trabajo social) la fisiología del envejecimiento y toda la problemática familiar así como de enfermedades que se pueden presentar.
- A nivel de Licenciatura revisar los planes de estudio, que incluyen a los pacientes de 60 años en adelante. Como se investigó en el presente estudio.
- Impartir conferencias, pláticas por el personal de salud. En especial en las Unidades Médicas de primer nivel de atención por ser las que tienen el primer contacto así como la mayor afluencia de pacientes.
- Desarrollar programas dirigidos a familiares a integrarse para brindarles cuidado, afecto, cariño para tener una mejor relación familiar, social para que se vea reflejado en su salud.
- Actualmente puede quedar más acentuada la falta de atención del paciente de 60 años en adelante por la situación económica que vive el país.
- Por lo que hay que continuar con los programas establecidos por el Instituto Nacional de la Senectud. Así como los del Desarrollo Integral de la Familia.
- A nivel de Clínicas formación de grupos de 60 años en adelante con enfermedades similares, para poder realizar actividades de acuerdo a estas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1) Petersdorf R, Adams R, Braunward E, Isselbacher K, Martin J, Wilson J: Principios de la Medicina Interna Tomo II. Editorial Mc Graw-Hill 13ª. Edición, 1995.
- 2) Cerda R, López J, Fernandez C, López M.A ,et al: Depresión en Personas Ancianas Factores Asociados. Atención Primaria. 1997,(1): 32-43
- 3) Blazer D: Síntomas y Signos. Editorial Doyma. Barcelona 1984, p 21-34.
- 4) Blazer D: Síndromes Depresivos en Geriatría. Editorial Doyma. Barcelona. 1993, p 143-193.
- 5) Interamericana. Mc Graw-Hill: Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 1988, p 415.
- 6) Farreras V, Rozman C : Medicina Interna Tomo II. Editorial Marín 10ma Edición. 1986.
- 7) González S, M.D. Director Medico Clínicas San Rafael. México .D. F 1996.
- 8) Pichot P : Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson. 1996.
- 9) Solomon : Manual de Psiquiatría. Editorial Fondo de Cultura Económica. 1989.
- 10) Calderón G : Depresión Causas Manifestaciones y Tratamiento. Editorial. Trillas. 1990.
- 11) Salgado A, Guillen F : Tratado de Geriatría y Asistencias Geriátricas. Editorial Salvat. Barcelona 1989.
- 12) Jenike M modificado : Handbook of Geriatría Psychopharmacology PSG. Editorial Littleton. 1985.
- 13) Brink T.L., Yasavage J.A. Lum O, Hersema P.H, Adey M, Rose T.L : Screening Test for Geriatric Depression Clinical Gerontologist. 1982, 1 : 37-43.
- 14) Carauco J. Epidemiología de los Trastornos Depresivos. Psiquiatría. 1987, 13 : 1-5.
- 15) González J : Manual de Autocuidado Aprendamos a Envejecer Sanos. Editorial Costa Amic. 3er Edición. México D.F. 1995.
- 16) Dawson B, Trapp R : Bioestadística Médica. Editorial. El Manual Moderno 2da. Edición. 1997.

ANEXO I.-

CUESTIONARIO DE DEPRESION

G.D.S.

NOMBRE: _____
 EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____ EXPEDIENTE: _____

NOTA: PREGUNTAR SIN MODIFICAR EL TEXTO DE CADA ITEM	SI	NO
1.-Esta Usted Satisfecho con su vida?		
2.-Ha abandonado Usted Mucho de sus intereses y actividades?		
3.-Siente Usted que su vida esta vacía?		
4.-Se aburre Usted con frecuencia?		
5.-Tiene Usted esperanzas en el futuro?		
6.-Esta Usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?		
7.-Esta Usted de buen humor la mayor parte del tiempo?		
8.-Tiene Usted miedo de que algo le vaya a suceder?		
9.-Se siente Usted contento la mayor parte del tiempo?		
10.- Se siente Usted frecuentemente desamparado?		
11.-Se siente Usted intranquilo y nervioso con frecuencia?		
12.-Prefiere Usted quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?		
13.-Se Preocupa Usted frecuentemente por el futuro?		
14.-Cree Usted que tiene más problemas con su memoria que los demás?		
15.-Piensa Usted que es maravilloso estar vivo ahora?		
16.-Se siente Usted desanimado y triste con frecuencia?		
17.-Siente Usted que nadie lo aprecia?		
18.-Se preocupa Usted mucho por el pasado?		
19.-Cree Usted que la vida es muy emocionante?		
20.-Le es difícil a Usted comenzar con nuevos proyectos?		
21.-Se siente Usted lleno de energia?		
22.-Siente Usted que su situación es desesperante?		
23.-Cree Usted que los demás estan en mejores condiciones que Usted?		
24.-Se molesta Usted con frecuencia por cosas sin importancia?		
25.-Tiene Usted ganas de llorar con frecuencia?		
26.-Tiene Usted problemas para concentrarse?		
27.-Disfruta Usted al levantarse por las mañanas?		
28.-Prefiere Usted evitar las reuniones sociales?		
29.-Es facil para Usted tomar decisiones?		
30.-Esta su mente tan clara como solía estar antes?		

Brink TI, Yesavage J A et AL. Screening Test Geriatric Depression Clin Gerontol, 1982,(1), 37-43.

ANEXO II.

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE FOLSTEIN

Paciente.

Edad Fecha PUNTUACION 35(*)

ORIENTACION

“Dígame el día . . . Fecha . . . Mes . . . Estación . . . Año . . . (5)

“Dígame el Nombre de este centro . . . Dirección . . . Ciudad . . . Estado . . . País . . . (5)

FIJACION

“Repita estas tres palabras: Peso-Caballo-Manzana” . . . (3)
(Repetirlas hasta que las aprenda)

CONCENTRACION Y CALCULO

“Si tiene 30 pesos y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántos le van quedando?”
(Asignar 1 punto por cada respuesta correcta).. . . (5)

“Repita estos números hacia atrás: 5-9-2..... (3)

MEMORIA

“¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? . . . (3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCION

Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto?”..... (1)

Repetirlo con un reloj de pulsera . . . (1)

Repetir esta frase: “En u trigal había cinco perros”..... (1)

“Si una manzana y una pera son frutas ¿Que son el rojo y el verde?
¿Y un perro y un gato?..... (2)

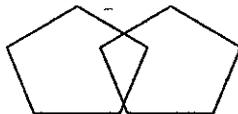
“Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa” . . . (3)

“Lea esto y haga lo que dice Cierre los ojos” . . . (3)

“Escriba una frase” . . . (1)

“Copie este dibujo”: (Dos Pentágonos cruzados) . . . (1)

(*) Un punto por cada respuesta correcta



Este examen cognosivo puede ser aplicado en el consultorio de atención primaria en un tiempo de 10 minutos.

VALORACION

20-25 puntos Deterioro mental leve

16-19 puntos Deterioro mental moderado

15 puntos Déficit mental severo

El examen debe repetirse periódicamente a fin de documentar la progresión del deterioro de la función mental.