

11241

15  
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN MEDIDA A TRAVÉS DE LA  
ESCALA DE CARROLL, EN PACIENTES GERIÁTRICOS  
QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ A LA CONSULTA  
EXTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL**

**ALUMNA: MATEOS PEREZ CLAUDIA JUDITH**

**TUTOR TEÓRICO.**

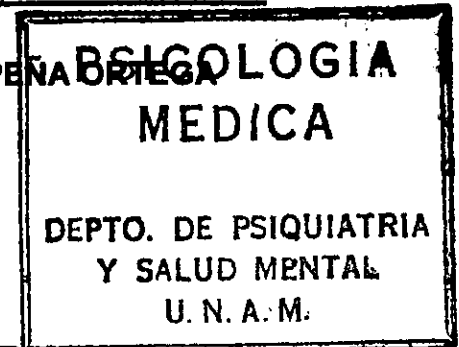
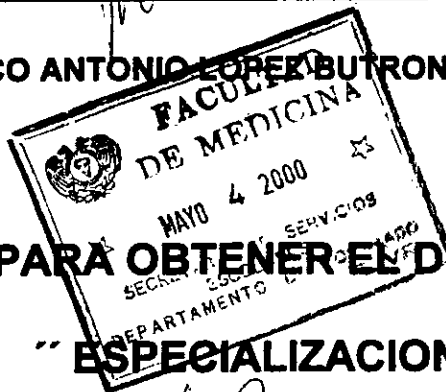
**TUTOR METODOLÓGICO**

*mar 13*

*[Handwritten signature]*

**Dr. MARCO ANTONIO LOPEZ BUTRON**

**Dr. JORGE PEÑA BRTEGA**



**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

**ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

*Ve. Bo.*  
*[Handwritten signature]*  
**Dr. Alejandro Díaz Mtz.**

**Año: 1999.**

**278356**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# Indice

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Marco teórico.....	11
Justificación.....	25
Objetivo.....	25
Hipótesis.....	25
Metodología.....	26
Procedimiento.....	28
Resultados.....	30
Discusión.....	36
Conclusiones.....	38
Bibliografía.....	39

## INTRODUCCIÓN

Kaplan <sup>1</sup> refiere que la pérdida es el tema predominante que caracteriza la experiencia emocional de las personas de edad avanzada. Una persona mayor tiene que enfrentarse al duelo de muchas pérdidas (muerte de su pareja, sus amigos, su familia, sus colegas), al cambio de status laboral y de prestigio, y a la merma de la salud física y de habilidades. Gastan una enorme cantidad de energía emocional en duelos, resolviéndolos y adaptándose a los cambios resultantes. Vivir solo es uno de los factores de estrés más importantes, que afectan al 10% de la población mayor. Las mujeres constituyen el 75% de las personas de edad que viven solas.

Barry <sup>9</sup> refiere que la depresión es una respuesta mal adaptativa, una pérdida, que en la gente mayor puede confundir con la demencia senil. Además los síntomas clásicos de la depresión – tales como los problemas del sueño y de apetito, pérdida de interés por lo que pasa alrededor, sentimientos autodesaprobatorios y pensamientos de que la vida ya no vale la pena -, las personas pueden experimentar deterioro de la memoria, problemas de concentración, escasa capacidad de juicio e irritabilidad.

Por otra parte Kastebaum <sup>34</sup> menciona que hay una alta incidencia de suicidios entre la población anciana (40 por 100000). El suicidio en los ancianos es percibido de distinta manera entre los amigos y la familia que le sobrevive, dependiendo del género: de los hombres se tiende a pensar que estaban físicamente enfermos , y de las mujeres, que estaban mentalmente enfermas.

Así mismo Pérez <sup>21</sup> asegura que existe una clara relación entre la salud mental y la salud física en los ancianos. El curso desfavorable de una dolencia crónica suele llevar aparejados problemas emocionales.

Gurland <sup>11</sup> dice que diversos factores de riesgo psicosociales también predisponen a trastornos mentales en la vejez. Estos factores de riesgo incluyen la pérdida del rol social, la pérdida de autonomía, la

muerte de amigos y familiares, el declive de la salud, el aislamiento, las limitaciones económicas y la disminución del funcionamiento cognitivo.

Hending <sup>39</sup>, menciona que el suicidio en los senectos no se debe en sí a la edad avanzada como un factor desencadenante; más bien, hay que entenderlo como una reacción al estrés y a muchos sucesos de la vida que involucran a muchas otras personas en grados diversos; incluso puede afirmarse sin temor a equivocarse que su causa es multifactorial. Por eso es importante prevenir este desenlace, a través de una detección y tratamiento oportuno en este tipo de pacientes.

Por último Barry <sup>12</sup> refiere que mucha de la depresión que ocurre en la población anciana está fundada en la asociación con algún desorden físico crónico, especialmente en aquellas limitaciones que resultan de la actividad de la vida cotidiana. El incremento en el riesgo de padecer depresión está en presencia, como se ha mencionado anteriormente, de desórdenes físicos o de situaciones de estrés, viudez, soledad y privación financiera. El manejo de la enfermedad física crónica aumenta con la edad y no es de sorprender que la mayoría de los ancianos acuda a la consulta refiriendo como síntoma primario a la ansiedad. Esto ofrece una oportunidad de detectar y tratar cualquier depresión.

## ANTECEDENTES

Se conoce como edad adulta tardía, o vejez, al periodo del ciclo vital que comienza hacia los 65 años. La gente de edad configura el sector de la población americana de crecimiento más rápido; actualmente se vive más que en el pasado, siendo calificado esto como un triunfo de supervivencia, más que una causa de desesperación. La gerontología – estudio de la vejez – se ha convertido en una nueva especialidad. Los gerontólogos dividen a la gente mayor en dos grupos: los viejos-jovenes, entre los 65 y 74 años, y los viejos mayores de 75 años en adelante. Además, la población distingue entre la vejez buena, de la gente sana y sin enfermedades, y la vejez enferma en la que se sufren dolencias que afectan al funcionamiento y que requieren asistencia médica o psiquiátrica. Las necesidades sanitarias de la gente mayor son, en la actualidad, enormes, y el rol del médico geriatra y del psiquiatra geriatra no ha sido nunca tan importante como ahora. (1)

**Demografía.-** En 1989 se estimaba una población de 31 millones de personas mayores de 65 años en Estados Unidos. Según la oficina del censo, este sector de la población superara los 50 millones de personas en el año 2030, como resultado del envejecimiento de la generación del baby-boom (los nacidos entre 1946 y 1964).

**Biología del envejecimiento.-** El proceso de envejecimiento se denomina senectud (del latín, senescere, que significa hacerse mayor) y se caracteriza por el declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales – cardiovascular, respiratorio, genitourinario, endocrino, inmunológico, entre otros -. Sin embargo, la creencia de que la vejez va invariablemente ligada a un profundo deterioro físico o psíquico es un mito. La mayoría de las personas mayores conservan un grado importante de su capacidad cognitiva y psíquica.

No todos los sistemas orgánicos se deterioran de la misma manera, ni tampoco existe un patrón general de deterioro para todas las personas. Cada persona tiene una predisposición genética personal que determina la vulnerabilidad de sus sistemas corporales, y un sistema que puede resultar vulnerable por efecto de factores ambientales o de un mal hábito voluntario. Además no todos los sistemas orgánicos se deterioran a la vez; las personas no se

desintegran como la carreta de tiro del poema de Olivar Tendel Hollase de "La obra maestra del diácono", que "se hizo pedazos en un santiamén". Más bien, alguno de los sistemas orgánicos empieza a deteriorare para acabar produciendo la enfermedad o la muerte. (1)

Por lo general, el envejecimiento de las personas se debe al envejecimiento celular. La teoría más comúnmente aceptada sostiene que las células disponen genéticamente de un lapso de tiempo determinado, durante el cual puede reproducirse un número limitado de veces antes de morir. Las células sufren un considerable cambio estructural con el lapso del tiempo. En el sistema nervioso central, por ejemplo, los cambios relacionados con la edad se producen en las neuronas que muestran síntomas de degeneración. En la senilidad (caracterizada por una grave pérdida de memoria y el deterioro del funcionamiento intelectual), los síntomas de la degeneración son mucho más graves y se conocen como la degeneración neurofibrilar, que se ve con más frecuencia en las demencias de Alzheimer.

También pueden observarse cambios en la estructura del ácido desoxirribonucleico (ADN) y del ácido ribonucleico (ARN) en las células al envejecer; se atribuye la causa de este fenómeno a la programación genotípica, los rayos X, las sustancias químicas y la alimentación, entre otros factores. Afecta de alguna manera a todas las áreas corporales.

Factores genéticos se han implicado en algunos trastornos que suelen desarrollarse en la vejez, como la hipertensión, enfermedad de la arteria coronaria, arteriosclerosis y enfermedades neoplásicas. También se han detectado factores genéticos en el cáncer de mama y de estómago, los pólipos de colon y ciertas enfermedades mentales. (1)

**Longevidad.-** Ha sido tema de estudio desde los orígenes de la historia escrita, y sigue siendo un asunto que despierta extraordinario interés. Las investigaciones sobre la longevidad han revelado una historia de longevidad familiar siendo predictor de una larga vida individual: casi la mitad de los padres de personas que superan los 80 años también vivieron más de 80 años. Sin embargo es posible prevenir, mejorar o retrasar ciertos factores que tienden a acortar la vida, con una intervención efectiva, la herencia no es más que un

factor, que esta más allá del control del individuo. Los factores que pueden controlarse y favorecen la longevidad son los controles médicos regulares, el consumo mínimo de cafeína o alcohol, la gratificación laboral, y la conciencia de saberse útil a la sociedad a través de una labor altruista, como cónyuge, profesor, padre o abuelo. La dieta y el ejercicio también van asociados a la longevidad. (1)

**La esperanza de vida.-** Esta aumenta cada década – de los 48 años en 1900 a los 75.5 años en 1991 -. También se han producido cambios en la morbilidad y mortalidad. Durante los últimos 30 años, por ejemplo, la mortalidad debida a enfermedades cerebrovasculares ha descendido a un 60% y en 30% la debida a enfermedad de la arteria coronaria. En contraste con el cáncer cuya incidencia aumenta con la edad.

La esperanza de vivir hasta los 85 años aumento en un 33% entre los años de 1960 y 1987, y hacia el año 2050 se espera que la población mayor de 85 años pasará del actual 1.2% de la población total al 5%.

**Factores raciales y étnicos.-** La proporción de la gente mayor entre la población no blanca o hispana es menor entre la población blanca, pero esta aumentado rápidamente. Este crecimiento es el resultado de un mayor índice de natalidad entre las razas no blancas e hispanas.

**Razón por sexo.-** Por lo general, las mujeres viven más que los hombres y soportan mejor vivir solas que los hombres. El número de hombres por cada 100 mujeres disminuyen considerablemente entre los 65 y 85 años. (1)

### **Tareas del Desarrollo:**

En la octava fase del ciclo vital el conflicto surge entre la integridad – el sentimiento de satisfacción que produce el saber que uno ha tenido una vida productiva – y la desesperación – el sentimiento de que la vida ha tenido poco sentido -. Puede ser una etapa feliz, el momento para disfrutar a los nietos, contemplar los logros personales más importantes y, quizá, ver como los frutos del trabajo personal están siendo útiles para las generaciones más jóvenes. Como decía un



anciano científico: "Puedo seguir encantado durante tanto tiempo como siga creyendo que las células se seguirán subdividiendo indefinidamente".

Sin embargo, la vejez no ofrece una visión del pasado pacífica y feliz, si uno no ha sabido vivir más allá del narcisismo, en la intimidad y en la generatividad. Sin generatividad la persona mayor no tiene sentido del orden del universo, y sin un orden universal no es posible que él sienta la idea confortadora de que la vida propia se ha producido en un momento y en un segmento de la historia en el que se desarrolló exactamente como él lo hizo. Sin esta percepción, la persona siente terror ante la muerte, desesperación y disgusto. (2)

**El mantenimiento de la autoestima.-** la teoría sobre la psicología personal es de especial aplicación en el caso de la gente de edad por su especial énfasis en el narcisismo. Las personas mayores tiene que soportar él continuo ataque a su narcisismo cuando intentan adaptarse a las pérdidas biológicas, psicológicas y sociales inertes al proceso de envejecimiento. La autoestima y la autosuficiencia sufren una amenaza constante, sobre todo si pierden la fuente de apoyo externo.

El mantenimiento de la autoestima es la tarea más importante de la vejez. Varios factores contribuyen al mantenimiento de la autoestima:

- 1) La seguridad económica, que permite a la persona cubrir sus necesidades básicas de la vida.
- 2) Personas que le apoyen, que le protejan contra el aislamiento y puedan ratificar sus necesidades de dependencia.
- 3) Salud psicológica, que permite funcionar a los mecanismos maduros de defensa y enfrentamiento.
- 4) Salud física, que permite a la persona continuar con actividades productivas o de ocio.

Cuando todos o alguno de estos factores son adversos, la persona mayor es incapaz de mantener su autoestima; el resultado puede ser la tensión, la ansiedad, la frustración, el disgusto y la depresión. Además los cambios físicos y psicológicos que pueden percibir en su funcionamiento hacen que las personas mayores se cuestionen la adecuación de seguir adelante.

Los Mayores conflictos de la vejez están relacionados con tener que renunciar a la posición de autoridad y evaluar las competencias, los logros y los placeres de los que disfrutó en el pasado, ocurriendo esto en ambos sexos.

Se produce una renuncia de la posición de la autoridad que se disfrutaba y se cuestiona las competencias adquiridas en el pasado; la reconciliación con las personas significativas y con los propios fracasos personales; la superación del dolor producido por la muerte de los otros y por la proximidad de la propia muerte; el mantenimiento de un sentido de integridad respecto a lo que uno ha sido, más de lo que es, y preocupaciones con la herencia y los recuerdos que van a quedar de uno.

Se describe un periodo de transición a la vejez que se inicia entre los 60 y 65 años cuando termina la transición de la edad adulto tardía. Los cambios fisiológicos que acompañan al proceso de envejecimiento acarrearán sentimientos de deterioro físico y muerte. Estos sentimientos son más intensos cuando mayor incidencia de enfermedad y muerte se haya sufrido entre amigos y conocidos.

En un seguimiento de un grupo de estudiantes desde su primer año en Harvard hasta la vejez se descubrió que la salud mental a los 65 años estaba relacionada con los siguientes factores:

- 1) Haber tenido una estrecha relación emocional con hermanos o hermanas en la época universitaria condiciona un bienestar emocional.
- 2) Experiencias traumáticas vividas en las primeras etapas de la vida, tales como la muerte o el divorcio de los padres; no correlacionan con adaptación deficiente en la vejez.
- 3) Haber sufrido depresiones en algún momento entre los 21 y los 50 años augura problemas emocionales hacia los 65 años.
- 4) Dos rasgos de personalidad – El pragmatismo y la necesidad de dependencia – cuando se era un adulto joven se asocian con un sentimiento de satisfacción y bienestar a los 65 años. (3)

**La actividad social.**- Las personas de edad suelen mantener un nivel de actividad social que es sólo ligeramente distinto del mantenido en años anteriores. En algunos casos, sin embargo, la enfermedad física o la muerte de los amigos pueden llegar a imposibilitar la

interacción social. Es más, conforme la persona va experimentando un sentimiento de aislamiento cada vez mayor, puede hacerse vulnerable a la depresión. Existe una evidencia cada vez mayor de que el mantener las actividades sociales es de gran importancia para el bienestar físico y emocional. También es importante el contacto con los jóvenes, porque la gente mayor puede transmitir valores culturales prestando así un servicio a las generaciones más jóvenes y manteniendo el sentido de utilidad que contribuya a su autoestima. (4)

La adaptación al envejecimiento depende también de los mecanismos de defensa que se han utilizado a lo largo de la vida adulta. Las defensas más sanas y maduras son la supresión, la anticipación a la realidad, el altruismo y el humor. Si se han adquirido durante la primera y segunda etapas de la fase adulta, estas defensas ayudan a la persona de edad a manejarse con las vicisitudes de la manera más eficaz posible.

**Socioeconomía.-** La economía de la gente mayor es un factor de gran importancia, para ellos mismos y para la sociedad en su conjunto. Alrededor de 3.5 millones de personas mayores de 65 años viven por debajo del umbral de pobreza. Los que tienen más de 85 años son los que tiene ingresos más bajos.

Las mujeres son mayoría en el grupo de ancianos pobres y son dos veces más pobres que los hombres. Las condiciones económicas deficientes de muchos ancianos tienen efecto directo sobre su salud psicológica y mental. Para muchas personas mayores la preocupación por el dinero puede llegar a ser una obsesión que le impide disfrutar de la vida.

**Jubilación.-** Para muchas personas mayores, la jubilación es el momento de disfrutar de tiempos libres y de liberarse de los compromisos laborales. Para otros, es un periodo de estrés especialmente si el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso de la autoestima. Idealmente, el trabajo después de los 65 años debería ser una cuestión de elección personal. Las personas que se jubilan antes de tiempo suelen reincorporarse al trabajo en un periodo de unos dos años. (5)

**Actividad sexual.**- Aproximadamente el 70% de los hombres y el 20% de las mujeres mayores de 65 años siguen siendo sexualmente activos. La actividad sexual suele verse limitada por la ausencia de la pareja disponible. Los estudios longitudinales han demostrado que los impulsos sexuales no decrecen cuando el hombre o la mujer envejecen, de hecho algunos muestran que se produce un aumento. Los medicamentos también pueden afectar el comportamiento sexual. Un hallazgo significativo fue la comprobación de que cuando más activa había sido la vida sexual en la juventud, más probable es que siga activa en la vejez. (6)

**Atención médica a largo plazo.**- Muchas personas de edad enfermas necesitan atención institucional. Aunque sólo el 5% de los ancianos están internados en asilos aproximadamente el 35% precisa de atención médica prolongada en algún momento de sus vidas. Los ingresados en asilos son en su mayoría viudos, y casi el 50% son mayores de 85 años.

**Depresión.**- En el programa del National Institute of Mental Health's Epidemiologic Catchment Area (ECA) se observó que los trastornos mentales más comunes en los ancianos eran los trastornos depresivos, trastornos cognitivos, fobias y trastornos por abuso de alcohol. Este grupo de población también tiene un alto riesgo para el suicidio. Si no se efectúa un diagnóstico cuidadoso y un tratamiento oportuno, estos estados pueden progresar hacia estados irreversibles que requieran la institucionalización del paciente.

Los síntomas depresivos están presentes en aproximadamente 15% de todos los residentes de las comunidades de ancianos y de los pacientes de asilos. La edad en si, no es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, aunque ser viudo y tener una enfermedad crónica está asociados con la vulnerabilidad de los trastornos depresivos.

Los signos y síntomas comunes de los trastornos depresivos incluyen disminución de la energía y la concentración, problemas con el sueño (especialmente despertar precoz y frecuentes despertares en la noche), disminución del apetito, pérdida de peso y quejas

somáticas. Los síntomas presentes en los ancianos pueden ser diferentes a los observados en los adultos jóvenes debido al énfasis que ponen los primeros en las preocupaciones y quejas somáticas. Los ancianos son particularmente vulnerables a los episodios de depresión, hipocondriasis, baja autoestima, sentimientos de desvaloración y tendencia a la auto-acusación (especialmente sobre el sexo y los pecados), con ideación paranoide y suicida. (7)

Las alteraciones cognitivas en los pacientes geriátricos deprimidos aluden al síndrome de demencia de la depresión (seudodemencia), que puede ser fácilmente confundido con una auténtica demencia. La seudodemencia se da aproximadamente en el 15% de los ancianos deprimidos y entre el 25 y 50% de los pacientes con demencia están deprimidos.

La depresión puede estar asociada con alguna enfermedad física y a la medicación utilizada para tratar estas enfermedades. El clínico necesita estar consciente de los muchos agentes farmacológicos que pueden ser causa común de depresión. (8)

## MARCO TEÓRICO

Aproximadamente 5 millones de 31 millones de americanos tienen 65 años y 1 millón sufre depresión mayor de acuerdo a los criterios del DSMIII, la prevalencia de estas razones son reportadas del 15 al 25% en asilos, el 55 en hospitales y el 3% en personas que viven en la comunidad.

La recurrencia de la depresión sobre el 40% de la población, y el suicidio es significativo en la población general. Es importante ver que una gran mayoría de ancianos visitan al médico por ansiedad primaria (75%), pero estos síntomas pueden ser irreconocibles e intratables.

Los factores de riesgo para la depresión en la población fueron parecidos a los de los jóvenes: afectan más a mujeres, solteros y especialmente viudos, con presencia de estrés en su vida.

La depresión es un desorden en menor grado, en parte porque clínicos y pacientes están frecuentemente al pendiente de los problemas médicos, o porque hay una expectativa funcional baja en el paciente, por lo que físicamente obscurece el grado de aparición. Así mismo, los pacientes muchas veces no comparten el modo de depresión, pero la pérdida del apetito o el insomnio son síntomas específicos a esta.

La noción de que la depresión es en algún sentido normal es un concepto erróneo muy común, que pueden traer consecuencias significativas. En ausencia de un test diagnóstico para la depresión el cual es suficientemente específico para el uso clínico, el desorden puede ser reconocido tempranamente durante el transcurso de una buena entrevista médica. La falla en el reconocimiento y tratamiento de la depresión tienen numerosas consecuencias; además de la obvia reducción de la calidad de vida que es parte de la depresión crónica y esto incrementa el riesgo de suicidio, el empeoramiento social, bajo rendimiento en el tratamiento médico de la enfermedad y empeoramiento de las condiciones físicas.

La meta del tratamiento es prevenir estos efectos y reducir los costos de salud y la ansiedad durante el proceso. La farmacoterapia para los episodios agudos de la depresión ha demostrado ser de confianza y eficaz, y muchos de estos agentes que son benéficos para los adultos jóvenes, son también apropiados para los pacientes ancianos.

Los antidepresivos más frecuentemente administrados son los antidepresivos tricíclicos: la nortriptilina y la desimipramina, pero estos favorecen efectos colaterales; similarmente la triazolona, el bupropion y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (INRS) son más a menudo seleccionados por la baja incidencia de efectos anticolinérgicos y cardiovasculares. La administración de los agentes antidepresivos a dosis adecuadas durante un tiempo largo o prolongado producen un cambio óptimo para la recuperación y la terapia de mantenimiento administrada a la misma dosis incrementa la protección contra las recurrencias.

Esto es una considerable evidencia para sustentar el uso de TEC, y en realidad un grupo grande de pacientes recibe terapia electroconvulsiva arriba de los 61 años de edad de acuerdo con el Instituto de Enfermedad Mental. Sin embargo, la TEC está en desuso y a menudo invalidada porque la recaída después de su uso es recurrente. La TEC como tratamiento de mantenimiento y otras estrategias pueden ser utilizadas para conseguir mejor beneficio para los pacientes y un mejor cuidado de salud.

Una parte importante es descartar la ansiedad como síntoma primario de la depresión y con esto proveer de servicios que ahora son considerados especialidad o subespecialidad. Los pacientes tienen que ser referidos al especialista psiquiatra cuando presenten diagnóstico complejo, los severamente enfermos, los psicóticos, los suicidas, los que tuvieron una baja respuesta al tratamiento y los candidatos para TEC.

Es muy importante tener una capacidad de identificar quienes de estos pacientes son más aptos de responder a un tratamiento específico, ya sea biológicamente, psicosocialmente o una

combinación de ambos. Los cambios farmacocinéticos en muchos pacientes ancianos y la evaluación pronóstica del subtipo metabólico deberían ser aclarados, y la prueba de nuevos agentes ser un compromiso a seguir. (9)

Se ha observado que la prevalencia de depresión en ancianos en estudios de población general es del 15%, en ancianos atendidos por alguna otra enfermedad va del 11.5 al 23% y en los ancianos atendidos en asilos es del 12.4 al 30.5%.

Los síntomas depresivos pueden ser subsindromáticos o conformar un episodio depresivo mayor. En los ancianos, la depresión se puede asociar con aumento de dolor, incapacidad para prosperar y la muerte. En los pacientes de 80 años o más años de edad, la depresión de caracteriza por pérdida del interés, aislamiento, irritabilidad y síntomas somáticos; la ansiedad es común y las fallas de memoria son típicas. (10)

A razón de que se ha reportado la depresión en la población anciana, la cual varía entre el 1.6% a 26.9%, aparecen discrepancias, lo que dificulta entre distinguir los síntomas somáticos de la depresión y enfermedades físicas, de diferir las preferencias en la selección de un criterio diagnóstico, y los problemas en transferencia en conceptos diagnósticos de una población clínica determinada. En base a estudios publicados y a la información de estos, se estima que al menos, del 15 al 20% de los ancianos tienen algún tipo y grado de depresión clínica garantizada y atención de salud pública. (11)

Mucha de la depresión que ocurre en la población anciana esta fundada en asociación con algún desorden físico crónico, especialmente resultando en limitaciones de la actividad de la vida cotidiana. El incremento en el riesgo de depresión en la presencia de desordenes físicos o de situaciones de estrés, viudez, soledad y depravación financiera. (12)

El manejo de la enfermedad física crónica aumenta con la edad, y no es de sorprender que la mayoría de las visitas al médico por parte de los ancianos sea la ansiedad primaria que se presenta en el examen



durante el curso de los años. Esto ofrece una oportunidad de detectar y tratar cualquier depresión. La fuerza que conduce a una asociación entre un desorden físico y una depresión sigue ambas direcciones. En otro caso, esto es una llamada para cerrar la colaboración terapéutica entre ansiedad primaria y psicogeriatría. (13)

Reconociendo la depresión clínica en pacientes ancianos por depresión primaria, la cual se estima se presenta entre un 19 y 94%. Muchas veces es una relación pequeña la que no se relaciona entre la razón del reconocimiento y la razón del tratamiento de referencia al practicar la salud mental. El reconocer y tratar la depresión para poder avanzar a incrementar la prescripción de antidepresivos y reducir el uso de tranquilizantes, sedantes e hipnóticos. (14)

La psiquiatría geriátrica debe tener una destreza necesaria y sentido de misión para entender y manejar las necesidades complejas de los pacientes ancianos que tienen algunas veces depresión. El descubrimiento epidemiológico, basado en el diagnóstico de subtipos y síntomas de depresión es el punto principal de la magnitud de esta necesidad por lo que se sugiere hacer una intervención oportuna, y reforzar directamente los sistemas de tratamiento de la ansiedad. Algunas veces, la única salida en el desafío profesional es clarificar y dar una comunicación fácil cuando la explicación refleja una necesidad para aliviar el sufrimiento afectivo que esta comenzando.

La frecuencia en la que ocurre la depresión e incapacidad crónica en ancianos, y la urgencia de aliviar las dolencias aún cuando el diagnóstico no esta definido, hay que subrayar la evaluación de los trabajos que se han realizado donde se relaciona la ansiedad como síntoma primario y la psicogeriatría. La colaboración puede minimizar costo – efectividad de los sistemas de tratamiento. La decisión sobre intervenciones debería hacerse hacia el interior del paciente, dependiendo del grado de dolencia y necesidad de alivio. Estas consideraciones preceden al diagnóstico desde un principio y solo seguirá el diagnóstico con monitoreo de resultados y ajustando el tratamiento. (15)

También se menciona que hay una evidencia disponible sobre la depresión en la edad avanzada, la cual no da soporte de concepto de los factores psicológicos o sociales que son contribuyentes únicos. Los diversos estudios sugieren que esto es una carga genética baja para un principio de depresión en el anciano; esta depresión muchas veces se atribuye a otros factores, semejante a cambios cerebro-vasculares. (16)

Con la imagen de resonancia magnética uno puede examinar los cambios cerebro-vasculares. El inicio del proceso y el curso de la enfermedad médica están asociados con leucoencefalopatía que incluye hiperintensidad periventricular e hiperintensidad de la materia blanca asociada con aterosclerosis carótidea, y ambas características son detectables en la escala de MRI. (17)

Los estudios con MRI de cerebro en pacientes ancianos deprimidos sugieren que la patología cerebro vascular juega un rol mayor en la etiología, y el estudio de las imágenes pueden aclarar los substratos neuroanatómicos para la emergencia de la depresión. Esto es solo una correlación entre la severidad de la hiperintensidad de la materia blanca y la severidad del infarto al miocárdio. Otras posibles etiologías de la depresión en ancianos incluyen desórdenes endocrinos y el fenotipo de la apolipoproteína E de los alelos E4/4 y E4/3. (18,19)

Se espera que el envejecimiento entre la población traiga consigo un incremento en la incidencia de depresión, la cual es una característica común en la población anciana. (20)

Es muy importante que el médico de primer nivel comprenda estas diferencias, debido a que aproximadamente solo el 20% de los pacientes con síntomas depresivos son tratados por los especialistas en enfermedades mentales. Los médicos internistas y familiares no reconocen la depresión en un 50% de los pacientes externos que padecen este trastorno. Esto es especialmente importante debido a que la depresión, es susceptible al tratamiento, y un diagnóstico equivocado puede producir que un individuo con el potencial de tener un funcionamiento cognitivo total, quede confinado a largo plazo a instituciones no especializadas en salud mental. (21)

Recientemente se confirma que la tasa de depresión va en aumento mientras que aparentemente se inicia a una edad menor.

La tasa de incidencia de depresión y de la distimia es del 2% en los ancianos que viven en la comunidad. Entre los pacientes que no presentan deterioro cognitivo y que están confinados en instituciones de cuidados intensivos a largo plazo, la incidencia de depresión puede llegar a ser del 20%. (22, 23)

La depresión esta asociada a una morbilidad y mortalidad considerables. En un estudio con más de 11000 pacientes externos de varios centros médicos, se encontró que la depresión representa una condición médica crónica que se presenta con una frecuencia mayor de lo que se presentaba anteriormente. Se encontró que la funcionalidad de los pacientes que padecen depresión junto con alguna enfermedad médica crónica, están significativamente más afectados que los pacientes con la misma enfermedad pero sin depresión. (24)

La depresión sigue siendo el principal factor precipitante del intento suicida o del suicidio. La tasa de muerte por suicidio es más alta entre las personas mayores de 65 años de edad que en cualquier otro grupo de edad, y se encuentra entre las 10 principales causas de muerte. Aunque las personas mayores de 65 años constituyen aproximadamente el 11% de la población, cometen el 17% de la totalidad de los suicidios. (25)

El incremento de la incidencia de depresión y la prevalencia de la depresión en los ancianos puede estar relacionada parcialmente a los cambios en el sistema nervioso central que se presentan con la edad. El envejecimiento puede traer consigo cambios en el genoma que puede dar lugar a la síntesis de proteínas alteradas y la consecuente disminución en el metabolismo de la glucosa. La síntesis y el metabolismo de los neurotransmisores puede alterarse conforme disminuye la actividad metabólica del cerebro, debido a que estos procesos son dependientes de energía.

Algunos estudios en ancianos han encontrado concentraciones más bajas en el cerebro de los neurotransmisores monoaminérgicos, como

la serotonina, la norepinefrina y sus metabolitos. Las bajas concentraciones de los neurotransmisores que acompañan al envejecimiento normal, tienen tres consecuencias: Primero hay una degeneración de los sistemas colinérgico y adrenérgico, con el consecuente deterioro de la función cognoscitiva. Dichos cambios pueden afectar la memoria, la atención, la psicomotricidad y el proceso de percepción. Segundo, la disfunción en la concentración de neurotransmisores puede precipitar inestabilidad emocional y agresión como consecuencia del deterioro en la función cognoscitiva. Tercero, la reducción en las catecolaminas produce depresión. Se puede decir que el proceso de envejecimiento predispone a la depresión. (26)

Antes de iniciar cualquier terapia es imperativo descartar posibles causas orgánicas reversibles de los síntomas tales como: toxicidad farmacológica, síntomas de ansiedad, trastornos metabólicos y endocrinos, deficiencias visuales y auditivas, hidrocefalia normotensa, estado nutricional, masa intracraneal, carcinoma, trauma o alguna infección. (27)

Los pacientes con depresión frecuentemente están irritados y hostiles. Pueden negarse a responder a las preguntas durante el examen o mostrarse enojados. En la mayoría de los casos, no tienen una historia amplia de deficiencias de memoria y no se muestran desorientados. La incontinencia no es, por lo general, una característica de la depresión. Los pacientes deprimidos normalmente mantienen su capacidad de ser sociables, aunque a menudo no la ejercitan.

Se han desarrollado varias pruebas de seguimiento para la medición de síntomas depresivos. El inventario de Beck depresión, que es una prueba popular y fácil de administrar que se puede utilizar en pacientes de todas las edades y las respuestas a sus 21 ítems proveen al médico con un índice de gravedad del paciente. Un instrumento similar ampliamente utilizado es la escala de Hamilton de evaluación de la depresión, la cual puede ser aplicada a personas de todas las edades y se utiliza frecuentemente en investigaciones. La escala de depresión geriátrica (GDS) es un instrumento especialmente diseñado para su uso en pacientes ancianos. Es muy fácil de aplicar

gracias a que las 15 preguntas de esta prueba requieren únicamente respuestas de sí o no. (28)

Otra escala aplicable es la escala de depresión de Carroll la cual se diseñó como un instrumento autoaplicable para que el paciente califique la severidad de su cuadro depresivo. Para desarrollarla se tomó como modelo la Escala de Depresión de Hamilton (EDH) que, como ya se mencionó, es un instrumento aplicado por un evaluador para cuantificar la intensidad de los estados depresivos. De esta manera, la EDC califica los mismos síntomas que la versión de 17 reactivos de la EDH, teniendo ambas escalas una calificación máxima de 52 puntos. Con el fin de obtener la validación y adaptación de la escala, se compararon los resultados de esta escala con los de la escala de depresión de Hamilton, la cual se aplicó simultáneamente con la de Carroll obteniéndose un total de 702 aplicaciones simultáneas en 80 pacientes. La correlación total fue considerablemente significativa ( $r = 0.77$ ;  $p < 0.001$ ). La confiabilidad temporal analizada mediante el procedimiento "test - retest" también fue satisfactoria ( $r = 0.72$ ;  $p < 0.01$ ). El valor alfa de Cronbach para el total de las evaluaciones fue de 0.85. Finalmente, el análisis factorial corroboró gran parte de los datos obtenidos en el análisis de consistencia. Por lo que se puede decir que la versión en español de la escala de depresión de Carroll es un instrumento confiable autoaplicable.

La EDC demostró poseer una validez y confiabilidad adecuadas, su consistencia interna fue muy similar a la de la EDH y el análisis factorial del perfil de ambas escalas tuvo una fuerte correlación. Finalmente se encontró que la EDC es de gran utilidad para determinar la intensidad de la depresión, y es comparable con la de otras escalas. Estos hallazgos han permitido que se difunda exactamente, considerándosele como una alternativa conveniente a la EDH tanto en los pacientes externos como en los hospitalizados de diferentes edades. Su aplicación es de gran valor, sobre todo en los lugares saturados de pacientes, ya que representa un ahorro de tiempo. Para la validación de la escala el estudio se llevó a cabo en 80 pacientes tratados en forma ambulatoria que reunieron los criterios del DSM-III-R para el episodio depresivo mayor. La escala fue aplicada por

varios clínicos, quienes recibieron previamente un entrenamiento para estandarizar el procedimiento y unificar criterios de calificación.

La validez concurrente de la escala se determinó correlacionando su puntuación total y la de cada uno de sus reactivos con los de la escala de Hamilton.

La edad promedio de los pacientes fue de  $38.8 \pm 11.8$  años (rango de 18 a 62); 65 eran mujeres y el resto hombres. La correlación total fue considerablemente significativa ( $r=0.77$ ;  $p < 0.001$ ). (29)

Por otra parte la situación de los ancianos es hoy lamentable, la sociedad los aísla y asume una actitud de indiferencia. El anciano es una persona llena de experiencias, deseos, con una autoestima ligada a la vida que lleva, a lo que hizo y al recuento de ver lo que pudo aprovechar a cada momento.

El anciano es un ser con sabiduría y variedad de recuerdos para marcar su ciclo. La vejez tiene placeres interesantes, al igual que la juventud, pero con características diferentes de tiempo e intensidad. Cada anciano tiene su propia e individual historia en la vida. Para algunos bien puede haber nuevas alegrías y nuevas tristezas por venir, pero estas se relacionan con una forma total de su vida y con su condición de viejo. Estos juicios marcan su personalidad y es lo que hacen trascendental su existencia y su forma de vivir. La autoestima es la clave del éxito o del fracaso, también es la forma de comprendernos y comprender a los demás, y refleja el juicio implícito que cada uno hace acerca de su derecho a ser feliz. Lo más significativo en la autoestima del anciano es que no está en guerra ni consigo mismo ni con los demás. (30)

Las mujeres ancianas están más afectadas por el estrés que los hombres. Las ancianas tienen un self (personalidad total del individuo) más agudo a las enfermedades, mientras que los hombres son más confiados y resistentes. Las ancianas son más afectadas por la ocupación, el estrés y el papel que juega dentro del hogar es un determinante para generar angustia por las enfermedades. (31)

Además, las mujeres tienen el compromiso de resolver los problemas cotidianos de la vida familiar motivando esto una gran demanda de preocupación y fatiga. Las ancianas viudas deben estar gratificadas. Estar en esta etapa de la vida, poder asistir a un club para desarrollar actividades libres, que en un tiempo anterior no pudieron realizar, tener tiempo para ellas, dedicarse a sus gustos y gastos y poder relacionarse extrafamiliarmente, experimentan la satisfacción de hacer las cosas por sí mismas, no depender del marido, tener un nivel más alto de estudios o de trabajo, todo esto repercute en la autoestima. (32)

La importancia de detectar y diagnosticar oportunamente la depresión es que pueden tener consecuencias severas tales como el suicidio. En el adulto mayor es un gran problema de salud pública, pues son los que registran más muertes por autodestrucción. Su causa es multifactorial. Actualmente se realizan estudios de los neurotransmisores que se relacionan con la conducta suicida, así mismo se encuentran algunos que sustentan la existencia de factores genéticos. Los hombres tienen un alto índice suicida con alto riesgo de suicidio cuando son longevos, blancos, que vivan solos, desempleados o jubilados.

Desde el punto de vista psicodinámico, los suicidios otorgan a la muerte un significado especial y, en relación con las notas suicidas, éstas denotan un gran deseo de morir y reflejan un dolor insoportable.

La prevención primaria de este suceso se enfoca hacia la información, educación y capacitación. La capacitación secundaria se dirige hacia la intervención en crisis, detección de factores de riesgo y prevención del suicidio.

En la actualidad, el suicidio constituye un gran problema en adultos mayores, sin duda, las muertes en edad avanzada no se investigan a fondo y el suicidio puede llegar a considerarse un fenómeno natural, a pesar de las múltiples pruebas de lo contrario. (33, 34)

Ahora bien, el suicidio en los senectos no se debe en sí a la edad avanzada, como un factor desencadenante; más bien, hay que

entenderlo como una reacción al estrés y a muchos sucesos de la vida que involucran a otras personas en grado diverso; incluso, puede afirmarse que su causa es multifactorial. (35)

En cuanto a su clasificación se divide en tres grupos: Suicidio concluido, intento suicida e ideas suicidas. En muchos países el índice de mortalidad suicida en ancianos casi duplica al de los jóvenes (Estados Unidos, Australia y Francia entre otros). (36)

Los intentos suicidas en senectos están entre 8 a 20% de cada suicidio concluido, para los adultos mayores es de 4 a 1. Esta incidencia tan marcada permite sustentar que cuando un anciano atenta contra su vida, tal acción tiene un alto índice de mortalidad. El intento suicida es mayor en los jóvenes y la probabilidad de que lo concluyan aumenta con la edad. Algunos países en la última década han reportado un aumento en el índice suicida en los ancianos tales como: estados Unidos, Alemania, Italia, Austria, Francia y Checoslovaquia. (37)

En esta etapa de la vida el suicidio es el resultado de un malestar multidimensional. La causa principal puede ser menos obvia y ser el resultado de una reacción de la totalidad de situaciones de la vida, estas últimas se sufren en sucesión, más que cualquier grupo de edad.

Las pérdidas físicas, de salud y sensoriales con declinación de experiencias cognitivas, especialmente pérdida de la memoria a corto plazo entre otras, pueden promover la sensación de terrible incompetencia y desvalidez en su medio. También aparecen sentimientos de daño, soledad, desmoralización y dependencia de otros, que causan mayor vulnerabilidad al estrés así como experimentar ansiedad, agitación, frustración y agobio; causando esto desamparo y desesperanza con poco interés en la vida.

Las pérdidas y el estrés son los factores que más contribuyen a la depresión y al alcoholismo en los senectos y representan factores que precipitan el suicidio. Se ha identificado a la enfermedad depresiva



como factor en el 80% de los suicidios, y el 75% en los ancianos suicidas. (38)

Dentro de la psicodinámia se ha identificado a la desesperanza con altos índices suicidas, la ira en el adulto mayor tiene una tasa muy pequeña. (39)

En cuanto al sexo se ha observado: Que el sexo masculino aumenta la mortalidad por suicidio, sobre todo si son pacientes longevos, blancos, si viven solos, si son desempleados o jubilados; no obstante que el número de mujeres en estas edades es mayor, el índice suicida es mucho menor con respecto al masculino. La explicación al respecto se ha tratado de dilucidar sin grandes progresos, pero hay varias teorías: Sexo débil, problemas hormonales, enfermedades físicas, complejidad y flexibilidad psicológica, apego a la vida, alteraciones psicológicas, solicitud de ayuda, status social, jubilación, vivir solo, luto y viudez entre otras. (40)

Es importante incrementar los conocimientos sobre el suicidio en los senectos, ya que una gran cantidad de suicidas contactaron con su médico poco tiempo antes de su muerte y no fueron detectados. (41)

El suicidio en la senectud es más frecuente de lo que muestran las estadísticas oficiales; es más, no hay investigaciones serias en cuanto a intentos suicidas en los senectos y muchas conductas suicidas pueden pasar inadvertidas, como algunas caídas o accidentes, también las omisiones al seguimiento de indicaciones médicas y alimentos entre otros. (42)

Así mismo, una historia familiar de suicidio eleva de manera importante la probabilidad de intento suicida en individuos deprimidos, en especial en intentos violentos; además una historia familiar de suicidio se ha relacionado con tendencias y conductas violentas en las últimas etapas de la vida. (43)

A pesar de lo que muchos piensan, la edad avanzada no justifica la autodestrucción en senectos y no debe aceptarse al suicidio como algo ético en enfermedades terminales, ni legalizarlo. (44) Así mismo

muchos de los que proponen la eutanasia y suicidio asistido asumen que los ancianos en nuestra sociedad no se requieren, a pesar de las voluminosas demostraciones de lo contrario.

El suicidio permite derivar componentes afectivos y cognitivos, como los sentimientos de desesperanza, culpa, desesperación e ira que son importantes para la aparición de conductas suicidas. Así mismo, la muerte puede apreciarse como una reunión, renacimiento, replegalia, abandono, venganza, castigo personal o expiación. (45)

Debido a que la mayoría de los pacientes responden con éxito al tratamiento de la depresión, es muy importante que los médicos tengan la capacidad para reconocerla y una vez echo el diagnóstico, establezcan el tratamiento tan pronto como sea posible. Los síntomas que presentan los pacientes mayores son: Estado de ánimo deprimido, apatía y anhedonia, insomnio, pérdida de peso, sentimientos de minusvalía o culpa, agitación psicomotriz, dificultad en la concentración, pérdida de la memoria, pensamientos suicidas o de muerte. (46)

Una gran variedad de otras enfermedades y fármacos pueden producir depresión. La tarea más difícil para el médico al evaluar un paciente anciano que presenta síntomas depresivos, es hacer la distinción entre la depresión y la demencia senil. El hecho de que hasta un 20% de los pacientes en etapa inicial de la enfermedad de Alzheimer experimentan depresión concomitante, moderada o severa hace más difícil el diagnóstico. (47)

Antes de iniciar el tratamiento, los pacientes y familiares deben ser informados y educados acerca de la naturaleza de la depresión y de su tratamiento, asegurándose de que los miembros de la familia comprendan la importancia de dar apoyo durante el tratamiento.

La familia debe estar consciente también de la duración del tratamiento y de sus posibles efectos secundarios y debe preguntárseles acerca de las circunstancias que rodean al paciente que puedan tener un impacto sobre la terapia.

Existen tres enfoques principales utilizados en el manejo de la depresión: la psicoterapia, la terapia farmacológica y la terapia electroconvulsiva (TEC).

El manejo clínico de la depresión en los ancianos, empezando con un diagnóstico oportuno seguido de una terapia efectiva, requiere de experiencia y conocimiento por parte de médico. El avance en el conocimiento en la etiología y fisiopatología de este trastorno ha dado lugar al desarrollo de nuevas opciones en el tratamiento y refinamiento de las terapias.

En los próximos años, la aparición de nuevos tratamientos farmacológicos incrementará la posibilidad de un tratamiento seguro y eficaz; mientras tanto, al hacer la elección de un tratamiento se deben tener muy presentes todos los riesgos y beneficios de cada una de las opciones. (48,49,50,51)

## **JUSTIFICACION**

Se espera que el envejecimiento de la población traiga consigo un incremento en la incidencia de la depresión y la demencia, las cuales son dos características comunes en la población anciana, por lo que es muy importante que los médicos de primer nivel diagnostiquen estos padecimientos, y que por lo tanto cuenten con material de apoyo para el diagnóstico de los mismos; ya que el síndrome clínico de depresión se presenta frecuentemente entre los ancianos y a menudo tiene como resultado el suicidio o el intento suicida, y frecuentemente no se diagnostica la depresión ni se le da tratamiento.

Por lo que el propósito de este trabajo es aplicar la escala de Carroll para así poder brindar al paciente una detección y un tratamiento oportuno.

## **OBJETIVO**

Determinar la frecuencia de depresión a través de la escala de Carroll en pacientes geriátricos que acuden por primera vez a la consulta externa de un Hospital (Hospital Dr. Manuel Gea González).

## **HIPOTESIS**

Es un estudio descriptivo que no requiere hipótesis.

## **JUSTIFICACION**

Se espera que el envejecimiento de la población traiga consigo un incremento en la incidencia de la depresión y la demencia, las cuales son dos características comunes en la población anciana, por lo que es muy importante que los médicos de primer nivel diagnostiquen estos padecimientos, y que por lo tanto cuenten con material de apoyo para el diagnóstico de los mismos; ya que el síndrome clínico de depresión se presenta frecuentemente entre los ancianos y a menudo tiene como resultado el suicidio o el intento suicida, y frecuentemente no se diagnostica la depresión ni se le da tratamiento.

Por lo que el propósito de este trabajo es aplicar la escala de Carroll para así poder brindar al paciente una detección y un tratamiento oportuno.

## **OBJETIVO**

Determinar la frecuencia de depresión a través de la escala de Carroll en pacientes geriátricos que acuden por primera vez a la consulta externa de un Hospital (Hospital Dr. Manuel Gea González).

## **HIPOTESIS**

Es un estudio descriptivo que no requiere hipótesis.

## **JUSTIFICACION**

Se espera que el envejecimiento de la población traiga consigo un incremento en la incidencia de la depresión y la demencia, las cuales son dos características comunes en la población anciana, por lo que es muy importante que los médicos de primer nivel diagnostiquen estos padecimientos, y que por lo tanto cuenten con material de apoyo para el diagnóstico de los mismos; ya que el síndrome clínico de depresión se presenta frecuentemente entre los ancianos y a menudo tiene como resultado el suicidio o el intento suicida, y frecuentemente no se diagnostica la depresión ni se le da tratamiento.

Por lo que el propósito de este trabajo es aplicar la escala de Carroll para así poder brindar al paciente una detección y un tratamiento oportuno.

## **OBJETIVO**

Determinar la frecuencia de depresión a través de la escala de Carroll en pacientes geriátricos que acuden por primera vez a la consulta externa de un Hospital (Hospital Dr. Manuel Gea González).

## **HIPOTESIS**

Es un estudio descriptivo que no requiere hipótesis.

## **DISEÑO DE INVESTIGACION**

El estudio realizado fue: Descriptivo, abierto, observacional y transversal.

## **METODOLOGIA**

### **DEFINICION DE LA POBLACION:**

La muestra fue de 48 pacientes mayores de 65 años que acudieron por primera vez a la consulta externa de un Hospital General (Hospital Dr. Manuel Gea González).

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Los pacientes fueron seleccionados en forma secuencial; tomando como base el número de fichas que se reparten mensualmente de primera vez las cuales son de 133 por cuestiones administrativas. Además de la prevalencia de depresión en este grupo de edad. Con la siguiente formula:

$$(n) = \frac{N Z^2 (P Q)}{d}$$

$$d (N-1) Z^2 (P Q)$$

- N Universo (1596)
- (n) Muestra (48)
- Z Valor de confianza (95%-1.96)
- (d) Error de confianza (5 %)
- P Prevalencia (15 %)
- Q Complemento de prevalencia (85%)

## **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Edad de 65 años o más.
- Ambos sexos.
- Que sepan leer y escribir.
- Que acepten participar en el estudio.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes con enfermedad sistémica grave.

## **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

Edad	(en años)
Sexo	(masculino y femenino)
Ocupación	(activo o inactivo)
Escolaridad	(alfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, técnica, licenciatura)
Estado civil	(soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre)
Religión	(católico, otra)
Dependencia económica	(del mismo o de otra persona)

## **VARIABLES DEPENDIENTES**

Depresión	(valorada a través de la escala de Carroll y criterios diagnósticos del DSM – IV)
-----------	---

## **PARAMETROS DE MEDICION**

La presencia de depresión (presente o ausente)



## **PROCEDIMIENTO:**

A cada uno de los pacientes se les dio una hoja de consentimiento la cual fue firmada ya sea por el mismo paciente o por algún familiar cercano. Posteriormente se les entregó a los que aceptaron participar en el estudio un formato de ficha de identificación, que incluyó: nombre, edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, religión, de quién depende económicamente, y a qué servicio acudió. Así mismo se les dio a contestar la Escala de Carroll, que ha sido validada en español por Berlanga, la cual es una escala clinimétrica, que tiene como aplicación el generar un índice cuantitativo de manifestaciones depresivas en la evaluación de los pacientes en el ámbito clínico. Esta escala pone en frases breves las diversas manifestaciones de la depresión para que el sujeto conteste afirmativa o negativamente el sentido de las mismas. Cabe señalar que debido a la estructuración de las frases, en algunas ocasiones las respuestas afirmativas contarán como puntuación, mientras que en otras lo harán las respuestas negativas. La calificación se obtuvo sumando el total de la puntuación por medio de una pantalla sobrepuesta. Para que su aplicación fuera adecuada el paciente debió contestar el total de las 52 frases. Una calificación total por arriba de 25 puntos se consideró como un estado de depresión clínicamente significativo.

Aquellos pacientes que salieron con probable depresión se les realizó una entrevista para hacer el diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM- IV, con una duración aproximada de 30 minutos, esto por motivo de que la escala antes mencionada no es diagnóstica.

## **VALIDACION DE DATOS**

El análisis estadístico fue descriptivo, sólo se presentarán medidas de resumen.

## **CRONOGRAMA:**

- De 1° al 3er mes: Revisión bibliográfica y elaboración de anteproyecto.
- Del 4° al 8° mes: Elaboración del protocolo, revisión de mismo, corrección y en su momento aprobación por la comisión ética del Hospital Fray Bernardino Alvarez, del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la UNAM y del hospital Manuel Gea González
- Del 9° al 11° mes: Captación de la información.
- 12° mes: Análisis de datos y reporte definitivo del trabajo con publicación de resultados.

## **RECURSOS HUMANOS:**

- Asesor metodológico: Dr. Jorge Peña Ortega.
- Asesor teórico: Dr. Marco Antonio López Buitrón.
- Colaborador: Dr. Miguel Herrera Estrella.
- Elaboración: Dra. Claudia Judith Mateos Pérez. (médico residente de 3er año)

## **RECURSOS MATERIALES:**

- Instalaciones del Hospital Manuel Gea González.
- Formatos de consentimiento, de fichas de identificación y de Escalas de Carroll para cada entrevistado.
- Lápiz del 2 ó 2 ½.

## **RECURSOS FINANCIEROS:**

Se usó el servicio de fotocopiado que el Hospital Fray Bernardino Alvarez otorga al médico residente encargado de la elaboración de este protocolo.

## **RESULTADOS**

Se estudiaron 48 pacientes geriátricos, los cuales acudieron por primera vez a la consulta externa del hospital Dr. Manuel Gea González, siendo integrados en forma secuencial.

La edad promedio de los pacientes fue de 71.56 años, con un rango de 65 – 89 años. En cuanto a la distribución por sexo fue de la siguiente forma: 33 pacientes femeninas (68.75%) y 15 pacientes masculinos (31.25%).

### **Ocupación:**

De los 48 pacientes 37 se encontraban inactivos (77.00%) y 11 activos (22.91%).

### **Escolaridad:**

Del total, 9 pacientes fueron analfabetas (18.75%), 35 habían cursado la primaria (72.91%), 2 contaban con secundaria (4.16%), 1 con licenciatura (2.08%) y 1 con carrera técnica (2.08%).

### **Estado civil:**

Al momento de las entrevistas se encontraron 29 pacientes casados (60.41%), 11 viudos (22.91%), 4 divorciados (8.33), 3 solteros (6.25%) y 1 en unión libre (2.08%).

### **Religión:**

Del total de la muestra 47 pacientes refirieron ser católicos (97.91%) y 1 pertenecía a otra religión (2.08%).

### **Dependencia económica:**

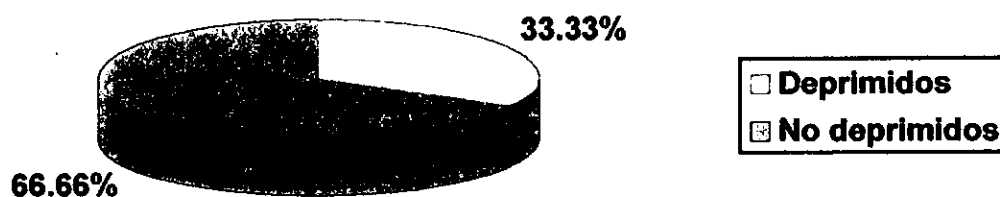
35 de los pacientes (72.91%) dependían económicamente de otra persona, y 13 (27.08%) de ellos mismos.

### Servicio al que acudieron:

Cardiología: 1 = 2.08%, Estomatología: 1 = 2.08%, Reumatología: 1 = 2.08%, Cirugía: 2 = 4.16%, Neumología: 3 = 6.25%, Gastroenterología: 4 = 8.33, Urología: 4 = 8.33%, Medicina Interna: 6 = 12.50%, Oftalmología: 7 = 14.58%. Traumatología y Ortopedia: 7 = 14.58% y Dermatología: 9 = 18.75%.

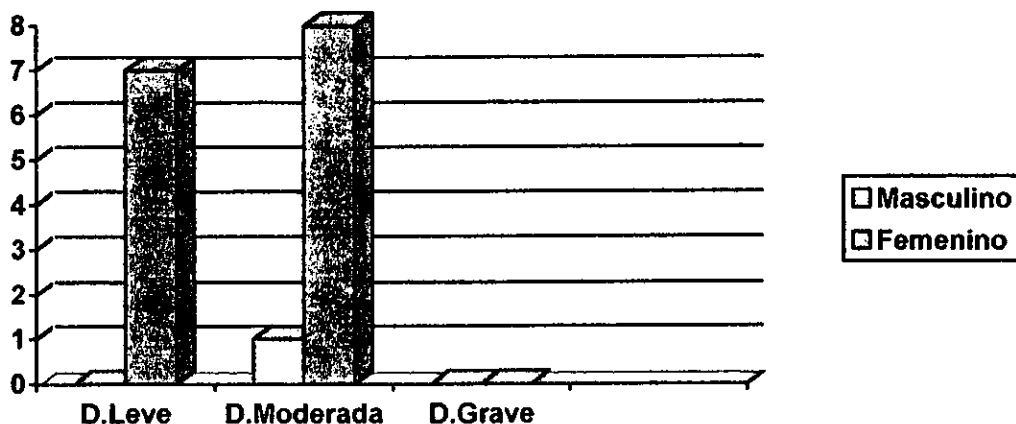
Posteriormente a estos pacientes se les dio a contestar la escala autoaplicable de Carroll para Depresión, resultando 16 pacientes con algún estado de depresión clínicamente significativo (gráfica 1), quienes fueron entrevistados posteriormente y diagnosticados de acuerdo a los criterios del DSM – IV, dando como resultado 9 pacientes (56.25%) con depresión moderada y 7 (43.75%) con depresión leve (gráfica 2).

Gráfica 1



Presentación gráfica de paciente deprimidos y No deprimidos.

**Grafica 2**



Representación de Grados de Depresión en cuanto a sexo.

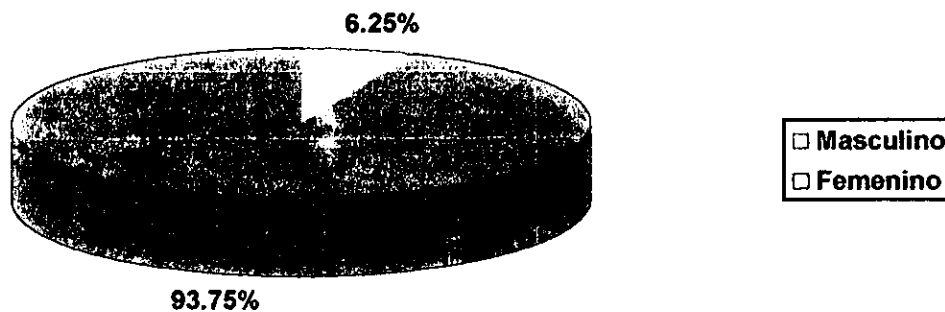
**Edad:**

El promedio de edad fue de 74.62, con un rango de 65 - 89 años.

**Sexo:**

De los 16 pacientes que resultaron con algún grado de depresión, 15 (93.75%) pertenecían al sexo femenino y 1 (6.25%) al sexo masculino (gráfica 3).

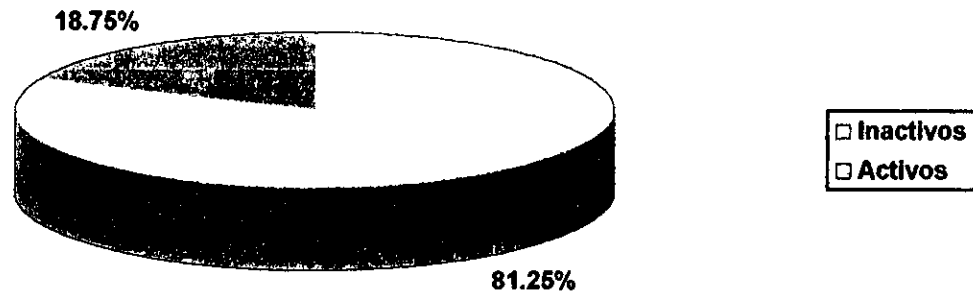
**Gráfica 3**



### Ocupación:

13 pacientes (81.25%) se encontraban inactivos y 3 (18.75%) activos(gráfica 4).

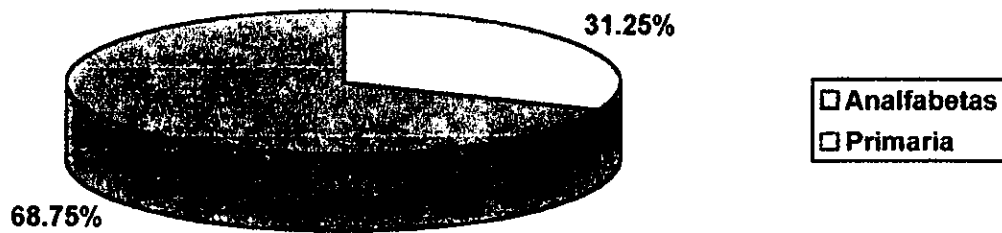
**Gráfica 4**



### Escolaridad:

5 pacientes (31.25%) eran analfabetas, y 11 (68.75%) tenían estudios de primaria(gráfica 5).

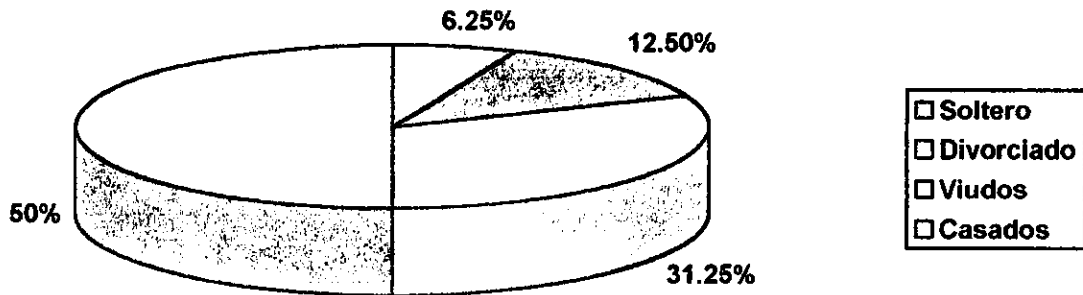
**Gráfica 5**



### Estado Civil:

8 pacientes (50 %) eran casados, 5 (31.25%) viudos, 2 (12.50%) divorciados y 1 (6.25%) soltero (gráfica 6).

Gráfica 6



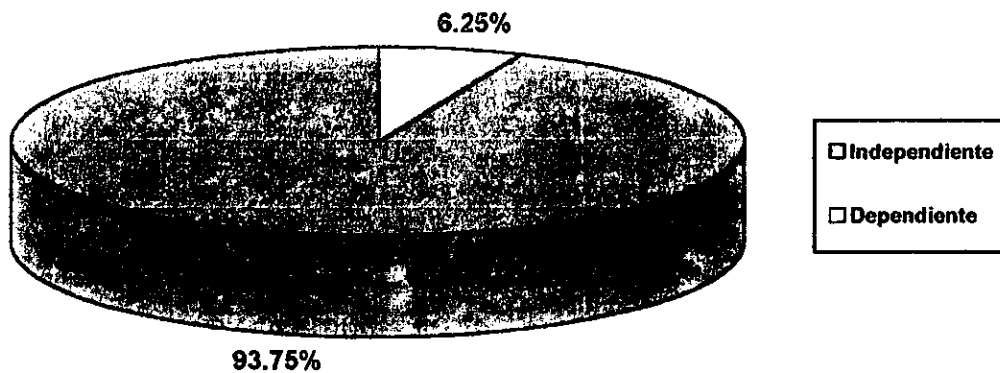
### Religión:

De los 16 pacientes el 100% pertenecen a la religión católica.

### Dependencia económica:

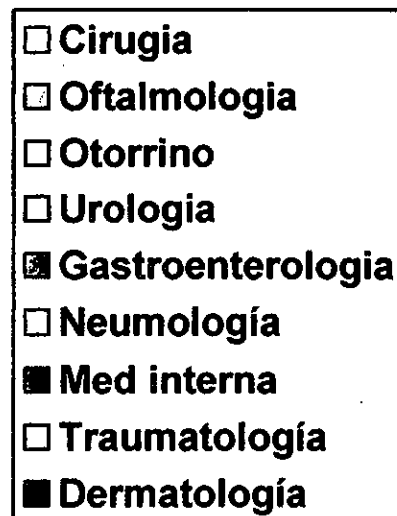
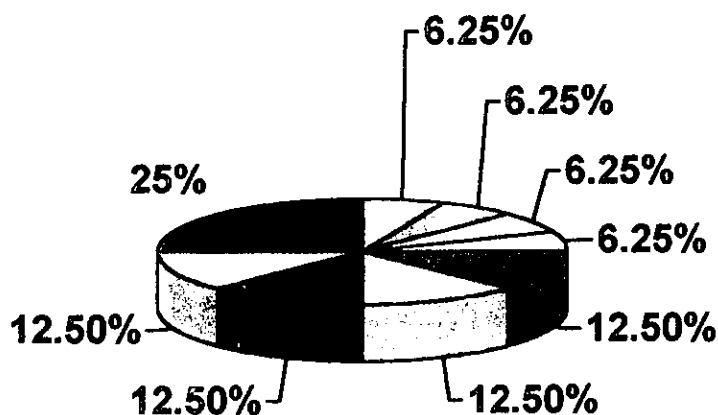
15 pacientes (93.75%) dependen económicamente de otra persona y 1 (6.25%) de él mismo (gráfica 7).

Gráfica 7



### SERVICIO AL QUE ACUDIERON:

Cirugía: 1 = 6.25%, Oftalmología: 1 = 6.25%, Otorrinolaringología: 1 = 6.25%, Urología: 1 = 6.25%, Gastroenterología: 2 = 12.50%, Neumología: 2 = 12.50%, Medicina Interna: 2 = 12.50%, Traumatología y Ortopedia: 2 = 12.50% y Dermatología: 4 = 25%.





## DISCUSION

Como es sabido, la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes en los ancianos. Este grupo de población también tiene un alto riesgo para el suicidio. Si no se efectúa un diagnóstico cuidadoso y un tratamiento oportuno, estos estados pueden progresar hacia estados irreversibles que requieran el internamiento del paciente. (7)

La finalidad del estudio fue determinar la frecuencia de depresión en pacientes geriátricos que acuden por primera vez a la consulta externa de un Hospital General a través de la escala de depresión de Carroll, y con esto trasladar los resultados a una significancia clínica.

Se observo una frecuencia mayor de depresión a la reportada en estudios anteriores, esto quizá por la existencia de una clara relación entre la salud mental y la salud física en los ancianos, así como el curso desfavorable de una dolencia crónica suele llevar aparejados problemas emocionales. (21)

En cuanto a la distribución por sexo se observó una frecuencia mayor en pacientes del sexo femenino, concordando esto con resultados de estudios previos, esto quizá en respuesta a que las mujeres viven más que los hombres, así como también están más afectadas por el estrés que los hombres; tienen un self más agudo a las enfermedades y son más afectadas por la ocupación, el papel que juegan dentro del hogar, el compromiso de resolver problemas cotidianos de la vida familiar, motivando esto una gran demanda de preocupación y fatiga. (31,32)

En cuanto a la edad se encontró que los pacientes deprimidos tenían un promedio de edad mayor en relación con el resto de la población. Esto quizá debido a la asociación con algún tipo de desorden físico, además de diversos factores de riesgos psicosociales que aumentan

con la edad y que predisponen a este trastorno, tales como la pérdida del rol social, la pérdida de autonomía, la muerte de amigos y familiares, el declive de la salud, el aislamiento y la disminución del funcionamiento cognitivo. (8,11,12)

En lo que se refiere a la ocupación, la mayoría de los pacientes deprimidos se encontraban inactivos, así como que también dependían económicamente de alguien. Esto, en relación de que las personas mayores tienen que soportar los continuos ataques a su narcisismo cuando intentan adaptarse a las pérdidas biológicas, psicológicas y sociales inherentes al proceso de envejecimiento. La autoestima y la autosuficiencia sufren una amenaza constante, sobre todo si pierden la fuente de apoyo externo. Por otro lado, la economía es un factor de gran importancia para ellos mismos. Alrededor de 3.5 millones de personas mayores de 65 años viven por debajo del umbral de pobreza. Las condiciones económicas deficientes de muchos ancianos tienen efecto directo sobre su salud psicológica y mental. (3,5)

En lo que respecta a escolaridad, se encontró que los pacientes deprimidos no rebasaban el nivel primaria, esto debido quizá a que en épocas anteriores la educación no estaba tan cubierta como hoy día, donde la mayoría de la población tiene acceso a la educación hasta nivel licenciatura, cabe mencionar que antes las familias eran numerosas, por lo que los hijos tenían que abandonar los estudios para ayudar económicamente al mantenimiento familiar, por lo que no existe una relación directa entre la depresión y el grado de preparación escolar.

El mayor índice de depresión se reportó en los pacientes viudos y divorciados, esto comparado con otros estudios que apoyan que el incremento de padecer depresión está en presencia de estas situaciones. (6,7,12,30,31,32,35,40)

Otro dato importante que se obtuvo en este estudio fue que del total de pacientes con escala de Carroll positiva para depresión, todos cursaban de acuerdo a los criterios del DSM – IV con algún grado de depresión, por lo que para la población estudiada esta demostró ser útil para diagnóstico de depresión.

## CONCLUSION

Se concluye que la depresión presenta una alta frecuencia en este grupo de población, resaltando que se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, con mayor índice de aparición conforme aumenta la edad, en personas con viudez o divorciadas, en personas inactivas y en aquellas que dependen económicamente de alguien. Por lo que si el paciente reúne más de uno de los factores mencionados, esta en riesgo potencial de sufrir depresión, por lo que el médico de consulta externa, ya sea de especialidad o no, debe estar capacitado para el reconocimiento y detección de la misma, y así poder dar un tratamiento adecuado evitando numerosas consecuencias como: reducción de la calidad de vida, empeoramiento social, bajo rendimiento en el tratamiento médico de la enfermedad y empeoramiento de las condiciones físicas, aunado a un incremento en el riesgo de suicidio. Por otra parte, también se concluye que la escala de Carroll demostró ser útil para el diagnóstico de depresión en este tipo de población.

## BIBLIOGRAFIA

1. Kaplan H: Sinopsis de Psiquiatría. 7ª ed. , 1996. Ed. Panamericana, cap. 2:66-69.
2. Erikson E: Vital Involvement in old Age. Norton, New York. 1986
3. Bromley D. B: The idea of ageing: An historical and psychological analysis. Comp Gerontol. 1988, 2:30.
4. Andrews G. Cross: Cultural studies: An important development in aging. Am J Geriatric Soc. 1989, 37:483.
5. Blair K. A: Ageing Physiological aspects and clinical implications. Nurse Pract. 1990, 15:14.
6. Schicvi R. C: Healthy aging and male sexual function. Am J Psychiatry. 1990, 147:766.
7. García J: Salud en el anciano. Fac. Medicina (UNAM) Depto. de Salud Pública: Salud en el anciano. 1996, 27-30.
8. Rinn W: Decline in normal aging. J Geriatric Psychiatry Neurol. 1988, 1:144.
- 9.- Barry D: Diagnosis and treatment of depression in late life. Am J Geriatric Psychiatry. Sup. 1. 1996, 4(4):S3-S6.
10. Salzman C: Depression in the geriatric patient. On line Psych. 1997, 1-5.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

11. Gurland B. J: Depression and disability in the elderly: Reciprocal relations and changes with age. *Int J Geriatric Psychiatry*. 1988, 3:327-333.
12. Barry J: Epidemiological Perspectives on Opportunities for Treatment of depression. *Am J Geriatric Psychiatry*. Sup. 1, 1996; 4(4):S7-S13.
13. Evans S: Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia*. 1993; 4:327-333.
14. Callahan C. M: Improving Treatment in late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *Am J Geriatric Soc*. 1994; 42:839-845.
15. Gurland B. J: Linking a Classification of depressed mood to impairment in quality of life. *Am J Geriatric Psychiatry*. 1984; 39:166-169.
16. Krishnan R: The Pathophysiologic Basis for Late Life Depression. *Am J Geriatric Psychiatry*. 1996; sup. 1, 4(4):S22-S33.
17. George A. E: Leukoencephalopathy in normal and pathologic aging: MRI of brain lucencies. *Am J Neurology*. 1986; 7:567-570.
18. Bots M. I: Cerebral White – mater lesions and atherosclerosis in Rotterdam Study. *Lancet*. 1993; 341:1232-1237.
19. Tresch D.D: Prevalence and significance of cardiovascular disease and hypertension in elderly patients with dementia and depression. *Am J Geriatric Soc*. 1985; 33:530-537.
20. Yesavage J: Differences in diagnostics enter depression and dementia. *Am J Medicine*. Mayo, 1993, 94(5):2S-8S.
21. Pérez–Stable E. J: Depression in medical outpatients: Underrecognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med* 1990; 150:1083-1088.

22. Klerman G. L: Increasing rates of depression. JAMA, 1989; 261:2229-2235.
23. Blazer D: Depression in the elderly N Engl J Med. 1989; 320:164-166.
24. Wells K. B: The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. JAMA. 1989; 320:164-166.
25. Blazer D: Suicide in late life: review and commentary. Am J Geriatric Soc. 1986; 34:S19-S25.
26. Ysesavage J. A: Depression in the elderly: how to recognize masked symptoms and choose appropriate therapy. Posgrad. Med. 1992; 91:255-261.
27. Winstead D. K: Diagnosis and treatment of depression in the elderly: a review. Psychiatr. Med. 1990; 8:85-98.
28. Sheikh J. I: Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontologist. 1986; 5:165-173.
29. Berlanga C: Adaptación y validación de la escala de depresión de Carroll en español. Salud Mental. 1992; 5(4):36-40.
30. Cardoño M: Autoestima en mujeres ancianas. Psiquis. 1997; 6(3):45-51.
31. Tinetti M: Fear of falling and low efficacy. J Gerontology, 1993; 48:35-38..
32. Mc. Dougall: Status, self. J Psychology. 1994; 1:23-35.
33. De Leo D: Suicide in the elderly: general characteristics. Crisis. 1991; 12(2):13-17.

34. Kastenbaum R: Death, suicide and the older adult. *Suicide and life*. 1992; 22(1):1-14.
35. Osgood N. V: Suicide in the elderly: Etiology and asseement. *Int Review Psichiatry*. 1992; 4:217-223.
36. Mc. Intosh J. L: Suicide among the elderly. *Am J Psychiatry*. 1985; 55(2):288-293.
37. Etzerdorfer P: Suicide in the elderly in Austria. *Int J Geriatric Psichiatry*. 1993; 8:727-730.
38. Reyes T. J: Suicidio e intentos suicidas en Honduras. *Psiquiatría Biológica*. 1995; 3(1):57-64.
39. Hending H: Psicodinamics of suicide. *Int Review Psichiatry*. 1992; 4:157-167.
40. Caneto S.S: Gender and suicide in the elderly. *Suicide and life*. 1992; 22(1):80-97.
41. Ray A: Are there genetics factor in suicide?. *Int review Psichiatry*. 1992; 4:169-175.
42. Draper B. M: Prevention of suicide in old age. *Med J Aust*. 1995; 162(10):533-534.
43. Slaiken D: Intervención en crisis. Ed. *El Manual Moderno*. 1ª ed. México, 1988: 75-92.
44. Richman J. A: Rational aproach to rational suicide. *Suicide and life*. 1992; 22(1):130-141.
45. Battin M. P: Rational suicide: How can we respond to a request for help. *Crisis*. 1991; 12(2):73-80.
46. Mendels J.: Clinical treatment in geriatrics patients with depression. *Am J Medicine*. May, 1993; 94(5):2S-3S.

47. Kim K. Y: Diagnosis and treatment of depression in the elderly. *Int J Psychiatry Med.* 1988; 18:211-221.
48. Dunner D. L: Two combined multicenter double blind studies of paroxetine and doxepine in geriatric patients with mayor depression. *J Clin. Psychiatry.* 1992; S3(supl):57-60.
49. Karlinsky H: The clinical use of electroconvulsive therapy in old age. *Am J Geriatric Soc.* 1984; 322:183-186.
50. Schneider L. S: Pharmacologic considerations in the treatment of a late life depression. *Am J Geriatric Psychiatry. Sup. 1,* 1996; 4(4):S51-S65.
51. Niederehe G: Psychosocial treatmens with depressed older adults: A research update. *Am J Geriatric Psychiatry. Sup. 1,* 1996; 4(4):S66-S78.



# CLAVE DE RESPUESTAS

	SI	NO
1		X
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	
7		X
8		X
9	X	
10	X	
11	X	
12	X	
13	X	
14	X	
15		X
16	X	
17	X	
18	X	
19	X	
20	X	
21	X	
22	X	
23	X	
24	X	
25		X
26		X

	SI	NO
27	X	
28		X
29		X
30	X	
31	X	
32		X
33	X	
34	X	
35	X	
36		X
37	X	
38	X	
39	X	
40	X	
41	X	
42		X
43		X
44		X
45	X	
46	X	
47	X	
48	X	
49	X	
50	X	
51	X	
52	X	

# Escala de Carroll para la Valoración de la Depresión

Folio \_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de consulta \_\_\_\_\_

		SI	NO			SI	NO
1 Mi nivel de energía es igual al de siempre				27 Mi sueño es alterado y no reparador			
2 Estoy perdiendo peso				28 Mi mente es tan rápida y alerta como siempre			
3 He abandonado muchos de mis intereses y actividades				29 Creo que aún vale la pena vivir			
4 Desde que me enfermé he perdido por completo el interés en el sexo				30 Mi voz es apagada y sin vida			
5 Me preocupa especialmente el funcionamiento de mi cuerpo				31 Me siento irritable o nervioso			
6 Es obvio que estoy alterado y agitado				32 Me siento de buen ánimo			
7 Todavía me siento capaz de hacer mi trabajo				33 Con frecuencia mi corazón late más rápidamente de lo normal			
8 Puedo concentrarme fácilmente para leer				34 Pienso que mi caso no tiene solución			
9 Tardo más de media hora en dormirme				35 Me despierto antes de la hora habitual por las mañanas			
10 Estoy inquieto y moviéndome constantemente				36 Disfruto de las comidas como de costumbre			
11 En las mañanas despierto antes de lo habitual				37 Tengo que pasar de un lado a otro la mayor parte del tiempo			
12 Para mí la mejor solución sería morir				38 Estoy aterrizado, casi hasta el pánico			
13 Tengo constantemente mareo y sensación de desmayo				39 Mi cuerpo está mal y podrido por dentro			
14 Me están castigando por algo malo que hice en el pasado				40 Estoy enfermo debido al mal tiempo que ha hecho			
15 Mi interés sexual es igual al que tenía antes de enfermarme				41 Mis manos tiemblan tanto que la gente lo nota			
16 A menudo siento ganas de llorar				42 Aún me gusta salir y ver gente			
17 A menudo deseo estar muerto				43 Creo que mi apariencia exterior es la de estar calmado			
18 Tengo problemas de indigestión				44 Creo que soy tan buena persona como cualquiera			
19 Con frecuencia me despierto a la mitad de la noche				45 Mi problema es el resultado de alguna seria enfermedad interna			
20 Me siento inútil y avergonzado de mí mismo				46 He estado pensando en intentar suicidarme			
21 Estoy tan lento que necesito ayuda para bañarme o arreglarme				47 Últimamente se me dificulta hacer las cosas			
22 Tardo más de lo habitual para dormirme en la noche				48 Solo hay desgracias para mí en el futuro			
23 Estoy asustado la mayor parte del tiempo y no se por qué				49 Me preocupan mucho mis síntomas corporales			
24 Me preocupan cosas de mi vida de las que me arrepiento				50 Tengo que esforzarme para comer aunque sea poco			
25 Lo que hago me da placer y satisfacción				51 Estoy agotado la mayor parte del tiempo			
26 Todo lo que necesito para estar bien otra vez es descanso				52 Puedo decir que he perdido peso			