

2 11274

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
'SALVADOR ZUBIRAN'

DEPRESION: Factores de riesgo en ancianos mexicanos

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRIA
P R E S E N T A
DR. VICTOR GALLEGOS HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS:
DR. LUIS MIGUEL GUTIERREZ ROBLEDO





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.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

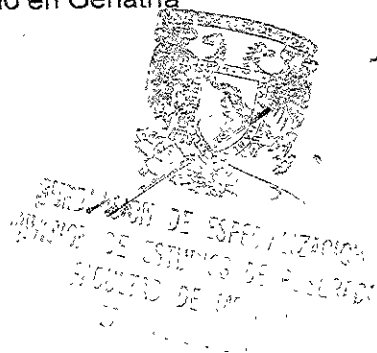
Aceptación de tesis de posgrado para obtener el grado de médico
subespecialista en Geriatría



INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"DR. SALVADOR ZUBIRÁN"

Dr. Luis E. Uiscanga Domínguez
Jefe del departamento de Enseñanza
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Jefe del departamento de Geriatría
Jefe del programa de Posgrado en Geriatría
Asesor de Tesis



DEPRESIÓN: Factores de riesgo en ancianos mexicanos.

Dr. Víctor Gallegos Hernández
Residente de Geriátría del INCMN SZ

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Jefe del departamento de Geriátría del INCMN SZ

Dr. Antonio Villa R.
Departamento de Epidemiología del INCMN SZ

Dr. Fernando A. Wagner
Investigación y servicios del INP

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Material y métodos.....	6
Resultados.....	12
Tabla 1.....	14
Tabla 2.....	16
Tabla 3.....	18
Tabla 4.....	19
Tabla 5.....	19
Conclusiones.....	20
Referencias.....	23
Apéndice 1.....	27

RESUMEN

Objetivo: determinar el papel de los factores de riesgo para depresión en ancianos mexicanos.

Material y métodos: Se revisaron a los pacientes evaluados por la clínica de geriatría del INCMN SZ, del periodo de Enero 1994 a Julio 1999. Se excluyeron aquellos que no contaban con GDS. Se recolectó datos sociodemográficos, de comorbilidad, escalas de funcionalidad (Katz y Lawton), estado cognitivo por medio de mini-mental (MMSE), apoyo social (lo pueden cuidar, nivel económico, con quien vive), marcadores biológicos (Hb, IMC, colesterol y albúmina), auto-percepción del estado de salud y sitio de evaluación.

Resultados: Se revisaron 2714 pacientes de los cuales 2465 (91%) contaban con GDS. 1,110 (45%) de los pacientes se encontraban con síntomas depresivos; ellos eran más probables a ser valorados en la consulta externa, no estar casados, ser mujer, tener menor escolaridad, deterioro cognitivo, dependientes en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, mala auto-percepción del estado de salud, mayor morbilidad, mayor prescripción de medicamentos, tener problemas financieros y menos posibilidad de cuidado. Después del análisis multivariado se encontraron como factores independientes Mala auto-percepción de salud (OR 3.12 IC95% 2.534-3.841), haber sido valorado en la consulta externa (OR 2.07 IC95% 1.656-2.611); dependientes en actividades instrumentales de la vida diaria (OR 1.84 IC95% 1.429-2.368); género femenino (OR 1.76 IC95% 1.379-2.248); deterioro cognitivo (OR 1.47 IC95% 1.133-1.925); baja escolaridad (OR 1.36 IC95% 1.055-1.756), dependiente en actividades básicas de la vida diaria (OR 1.53 IC95% 1.063-2.228).

Conclusiones: la depresión es una patología común entre nuestra población. Los factores más importantes fueron: la auto-percepción negativa del estado de salud, haber sido valorado en la consulta externa, la dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria y género femenino. La relación con morbilidad y apoyo social esta superpuesta a los factores antes mencionados.

ANTECEDENTES

Estudios epidemiológicos han encontrado que las alteraciones mentales más comunes en la comunidad, son los problemas depresivos. La depresión clínicamente significativa, en el anciano es un problema serio de salud pública, tanto por su prevalencia como por la morbilidad y mortalidad que le acompañan (1,2, 3)

Globalmente, los reportes de prevalencia de síntomas depresivos entre los ancianos varía ampliamente desde un 4% hasta un 35% (4, 5). Blazer y col. (6) reportaron una prevalencia del 9% entre los mayores de 65 años dentro del estudio EPESE; Blazer y Williams (5) encontraron una prevalencia del 14.8% para personas de 65-74 años, Frerich y colaboradores (7) reportan 16.7% en mayores de 65 años, Comstock y Helsing (8) reportaron 12.3%, Murrell y colaboradores (9) reportaron 21.5%, en mayores de 55 años, Martin y col. (10) encuentran 38.3%

Las razones para esta variabilidad son las siguientes, primero, Murrell sugiere que muchos estudios, al realizar el análisis por grupo de edad, resultaron con muestras pequeñas y no representativas (9). Segundo, los estudios iniciales sólo incluían a los casos de origen psiquiátrico descartando los casos de duelo o los cuadros secundarios a causa orgánica, lo cual corresponde a la mayoría de los casos en los ancianos (4, 5). Tercero, los factores de riesgo para depresión son

los mismos pero su distribución e impacto en la prevalencia de dicha enfermedad puede variar en forma importante de una muestra a otra (6, 9 11)

Se reconoce que en los pacientes jóvenes el origen de la enfermedad es psiquiátrico mientras que en el anciano las causas más comunes son la orgánica o por duelo (12, 13, 14) Por lo anterior se explica porque se reconoce que la prevalencia de los síntomas depresivos se incrementa con la edad, pero la prevalencia de trastorno depresivo mayor no

¿Tiene el mismo impacto la depresión secundaria o depresión menor comparada a la depresión mayor de origen psiquiátrico? En realidad existe controversia al respecto, si bien Berkaman (11) y Kinzie (15) sugieren que la severidad, curso y secuelas de la depresión asociada a enfermedad puede ser significativamente diferente de aquellos con otras formas de trastorno depresivo. Por otro lado, a consideración de Gurland (13) y Blazer (14) todas las formas de trastornos depresivos incluyendo las formas menores van amenazar la vida del paciente, al mismo tiempo otros investigadores han demostrado que entre las personas ancianas con síntomas depresivos presentan un patrón consistente de factores de riesgo (11, 15-19). Por último Klerman (20, 21) trata de contestar esta pregunta comentando que sus pacientes que tienen síntomas depresivos, aún en la ausencia de enfermedad depresiva, tienen pobre funcionalidad, por lo que sus síntomas se consideran que tienen significancia clínica. De acuerdo a lo anterior, aun no tenemos una respuesta clara a dicha pregunta, aunque los datos obtenidos hasta el momento sugieren que los pacientes ancianos con síntomas depresivos

se comportan como un grupo homogéneo sin importar su etiología, disminuyendo su funcionalidad, el índice de recuperación en los programas de rehabilitación y la calidad de vida, incrementando el uso de los servicios de salud y la mortalidad de los pacientes por vías no aclaradas hasta el momento (3, 22)

Se acepta que el mejor mecanismo para identificar la prevalencia de síntomas depresivos es por medio de la utilización de escalas de depresión (5) Una de las más aceptadas es la escala de depresión geriátrica (GDS, Yesavage et al, 1983) apoyada por el Colegio Real de Psiquiatras y la Sociedad Británica Geriátrica (23). Ya ha sido validada en varias ocasiones tanto en poblaciones de la comunidad, asilos y en pacientes hospitalizados (4, 23-25)

Dentro de los programas terapéuticos de depresión en el anciano se reconoce que uno de los campos de acción más importante es la modificación de los factores de riesgo (22), por lo anterior se han realizado múltiples estudios para identificarlos y analizar su respectivo papel dentro de esta enfermedad.

El sexo, la edad, nivel de educación, ocupación, presencia de enfermedades crónicas, nivel económico, religión, raza, procedencia, estado civil, origen, vivienda, discapacidad, deterioro cognitivo, estilo de vida, número de compañeros y el ejercicio, son los factores que presentan relación con la depresión.

En los estudios que ajustan su análisis para la mayoría de las variables. muestran como las más independientes a la presencia o ausencia de enfermedad (4, 6, 12, 19) y la funcionalidad (4, 6, 12, 19); en menor grado, el nivel cognitivo (4, 12), y soporte social (4, 6, 8, 12, 27, 19); por último algunas variables sociodemográficas como son educación (4, 11), edad (4, 6, 8, 11, 27), tipo de vivienda (27), ingresos (6, 27), estado civil (4, 6) y ejercicio (26) Para algunas los datos obtenidos son contradictorios [sexo (4,8, 27), raza (8, 27, 28), acompañantes(4, 8, 12, 27)]

La intención de este trabajo es determinar la distribución de los factores de riesgo que presenta la población de la clínica de Geriátría del INCMN SZ, teniendo particular interés por el comportamiento de la variable "nivel de educación" durante el análisis de regresión múltiple.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se desprende del análisis de una cohorte de pacientes evaluados por el servicio de *Genetría* del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Descripción detallada de la metodología utilizada, incluyendo población comprendida y criterios de inclusión se ha publicado previamente (29). A continuación es resumida

El Hospital es uno de los institutos nacionales del país con una tradición en investigación clínica y relacionado a la Universidad Autónoma de México, ubicado en el Distrito Federal, capital del país. Su población corresponde a dos sectores, uno, son aquellos pacientes de recursos limitados que no cuentan con otro tipo de servicio médico del país y previo a una evaluación general se determina que requiere atención de tercer nivel, por lo que se le otorga el servicio y el pago de éste es de acuerdo a un estudio socioeconómico, el cual puede llegar a ser tan importante que el cobro es sólo simbólico. El otro sector corresponde al privado y no recibe ningún tipo de apoyo económico. En primera instancia todos los pacientes tienen derecho a todos los servicios y solamente es limitado por decisión del paciente o familiares.

La población del hospital comprende todos los estratos sociales de la comunidad

El estudio fue dirigido a la población mayor de 65 años que se evaluó por primera vez en la clínica de geriatría durante el periodo del 1ro de Enero de 1994 al 31 de Julio de 1999. Enfermeras estandarizadas por una misma instructora a lo largo de todo el período, realizaron una entrevista estructurada con los instrumentos de medición y se realizó tanto a pacientes ambulatorios como a pacientes hospitalizados.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se obtuvieron los datos de identificación del paciente, características sociodemográficas, apoyo social, antecedentes personales patológicos y farmacoterapia empleada. (apéndice 1)

SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Como variable dependiente, la cual se determinó por medio de la escala de depresión geriátrica. se definió como paciente con síntomas depresivos aquel que presentaba 11 o más puntos. Paciente sin síntomas depresivos: aquel con 10 o menos puntos de la escala.

Confiabilidad. se han reportado valores de alfa entre 0.80-0.95 en diferentes escenarios y de todas las edades. La prueba Test-retest es alta desde 0.85 a 1

semana, de 0.86 a una hora y 0.98 de 10 a 12 días. Muchos estudios compararon el GDS con la escala de índice de depresión de Hamilton mostrando correlaciones que variaron de 0.62 a 0.82. Con el punto de corte 10/11 presenta una sensibilidad de 84% y especificidad del 95%. Cuando se compara con entrevista psiquiátrica estandarizada el GDS mostró una sensibilidad de 92% y especificidad del 89%, un valor predictivo positivo 53% y un valor predictivo negativo del 99% (30)

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Se recolectó información respecto a la edad en años cumplidos y el nivel de escolaridad en años terminados como variables continuas, se acotó el sexo; el estado civil se determinó como casado, separado ó divorciado, soltero y viudo; el sitio de referencia fue hospitalización o consulta externa

APOYO SOCIAL

Se recolectó información sobre problemas financieros para su mantenimiento, con la pregunta de ¿Cuál de las siguientes situaciones explica mejor su situación?: a) mis problemas son tales, que no puedo cubrirlos; b) mis problemas son tales, que me resulta difícil cubrir mis gastos; c) No tengo problemas financieros. Se determinó con quien vive con las siguientes opciones: 1) Esposa; 2) Familiar o amigo, 3) vida comunitaria; 4) asilo; 5) solo. Por último, se recolectó la capacidad de cuidado por medio de la pregunta, si usted se encontrase enfermo o inválido ¿Cuenta con alguien que pudiera hacerse cargo directamente de su atención? a) Si cuenta con alguien; b) Tiene al menos alguien

que pueda cuidarlo por poco tiempo, c) Hay alguien que pueda cuidarlo de vez en cuando y d) No tiene quien lo cuide

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.

Se obtuvo a través de la siguiente pregunta con relación a personas de su edad, ¿Cómo diría usted que se encuentra de salud? 1. excelente, 2. muy bien, 3 bien, 4 mal, y 5. muy mal (29)

ESTADO DE SALUD

Para determinar el estado funcional basal del paciente se utilizaron dos escalas ampliamente descritas. Katz para conocer el grado de funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria que incluye independencia, dependencia parcial y dependencia total en las siguientes actividades: baño, vestido, ir al baño, transferencias, continencia y alimentación. La calificación es de 1 a 8, donde entre mayor calificación significa mayor dependencia (29). También se determinó el estado funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton) que incluía dependencia o independencia en las siguientes actividades capacidad para usar el teléfono, compras, cocina, cuidado del hogar, lavandería, transporte, medicación y finanzas, la calificación puede ser desde 0 a 8, donde entre mayor calificación significa menor dependencia (29). Se obtuvo la puntuación en el examen mínimo del estado mental (Mini-Mental State Examination, MMSE) consta de 11 reactivos con puntaje de 0 a 30, a menor puntuación más deterioro cognitivo. El punto de corte más comúnmente utilizado es el 23/24, dicha escala ha mostrado valor de alfa > 0.68 hasta de 0.96, la prueba

de test-retest es por arriba de 0.89 y la prueba inter-observador es por arriba de 0.82. La sensibilidad varía dependiendo del nivel de escolaridad, en pacientes con alto grado de escolaridad presenta sensibilidad del 93% y especificidad del 100%; en pacientes con baja escolaridad muestra una sensibilidad del 98% y una especificidad del 75% el cual mejora al utilizar diferentes puntos de corte de acuerdo a la escolaridad (30). En nuestra experiencia hemos visto que la especificidad de la prueba mejora al utilizar un punto de corte de 19/20 en pacientes con menos de 6 años de escolaridad

Durante la revisión de los expedientes se recolectó la información respecto a la presencia o ausencia de las diez enfermedades reportadas como las principales causas de muerte en pacientes geriátricos a nivel nacional; información obtenida en el reporte de 1997 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía Informática (INEGI) (29). En el caso de que no hubiera información en el expediente sobre alguna enfermedad, se consideró que el paciente no tenía dicha causa relacionada con la mortalidad

Se obtuvieron determinaciones de albúmina, colesterol, índice de masa corporal y hemoglobina. Todas ellas como variables continuas

Se excluyeron a los pacientes que no contábamos con la calificación del GDS

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizaron frecuencias para determinar las características de los subgrupos de pacientes de acuerdo al GDS. Para un mejor análisis estadístico se decidió dicotomizar a todas las variables utilizadas, posteriormente se determinó la relación GDS con cada una de las variables independientes, por medio de χ^2 . Posteriormente se realizó el análisis multivariado por medio de la regresión logística binaria donde se incluyeron a todas las variables que demostraron una $P < 0.20$. En cada análisis se determinó la razón de momios y el intervalo de confianza 95%. Para probar multicolinealidad se evaluó la matriz de correlación de las variables que entraron al modelo. Todo el análisis se llevó a cabo por medio del SPSS versión 10 para windows.

RESULTADOS

De los 2,714 pacientes que participaron en la cohorte del servicio de maternidad; 2,465 pacientes contaban con calificación de GDS, correspondiendo al 91% de la muestra. No se pudo determinar por qué no contaban con la calificación de GDS. En la Tabla 1 se muestra las características de los pacientes que tuvieron GDS y los que no. En general los pacientes que no tenían GDS eran de hospitalización, con mayor deterioro cognitivo, menor funcionalidad y con los marcadores biológicos como albúmina e IMC más bajos

En la Tabla 2 podemos apreciar las diferencias entre las características de los pacientes deprimidos y los que no presentaban depresión. Entre los pacientes no deprimidos predominaban los evaluados en el hospital (73%); mientras que los deprimidos eran más frecuentemente mujeres, viudas, vivían sin conyuge, sin posibilidad de cuidado, mayor problema económico y de autopercepción de salud negativa; menor calificación del MMSE, de funcionalidad y de escolaridad

Para estudiar la relación de las variables con GDS se decidió dicotomizar cada una de ellas y realizar χ^2 , los resultados lo podemos ver en la Tabla 3, donde apreciamos que de las variables sociodemográficas sólo la escolaridad, el género, y estado civil mostraban relación significativa con GDS. El MMSE, las variables que determinan la funcionalidad (Katz, Lawton), número de

enfermedades, la autopercepción del estado de salud, número de fármacos y los datos de apoyo social (situación económica y tipo de cuidado) demostraron también una relación estadísticamente significativa. Con el criterio de $p > 0.20$ se encuentra la presencia o ausencia de alguna enfermedad crónica degenerativa y niveles de colesterol, por lo que fueron introducidos al análisis multivariado.

Luego de identificar las variables que mostraron relación con el GDS se prosiguió al análisis multivariado por medio de la regresión logística binaria donde se aprecia que una autopercepción negativa del estado de salud aumenta 3.12 veces más el riesgo de presentar depresión; seguida por el lugar en que se realizó la evaluación donde los pacientes de la consulta externa eran 2.07 veces más proclives a presentarla, le siguen en nivel de riesgo las variables de: Lawton, género, MMSE, escolaridad y Katz. Durante este paso no se apreció correlación significativa entre las variables que entraron al análisis.

La autopercepción del estado de salud, referencia, Lawton, y género predicen en un 21% la presencia o no de síntomas depresivos. El MMSE, escolaridad y Katz incrementan un 2% más la predicción.

Por otro lado valoramos el comportamiento de la relación de GDS y escolaridad controlándolo con el resto de las variables (Tabla 5). Donde la escolaridad continúa con una relación significativa con un valor de $P = 0.018$ y OR de 1.36 con IC de 95% (1.055-1.756)

TABLA 1 a Diferencias demográficas entre los que contaban con GDS y los que no contaban

Variables	Sin GDS N= 249 (%)	Con GDS N= 2465 (%)	Valor de P
Sexo			
Masculino	89 (36)	916 (37)	0.71
Femenino	160 (64)	1549 (63)	
Origen			
Rural	43 (20)	562 (24)	0.20
Urbana	176 (80)	1810 (76)	
Estado Civil			
Casado	90 (38)	1055 (44)	0.27
Separado o divorciado	18 (8)	139 (6)	
Soltero	14 (6)	171 (7)	
Viudo	112 (48)	1052 (44)	
Con quien vive			
Solo	21 (10)	248 (10)	0.33
Con la esposa	87 (39)	1063 (45)	
Otro familiar o amigo	111 (50)	1025 (43)	
Comunitaria	1 (0.5)	23 (1)	
Asilo	1 (0.5)	16 (0.7)	
Posibilidad de cuidado			
No pueden cuidarlo	1 (0.5)	70 (3)	0.002
Solo de vez en cuando	3 (2)	53 (3)	
Por poco tiempo	1 (0.5)	101 (5)	
Me pueden cuidar	159 (97)	1916 (89)	
Situación económica			
No tengo problemas	58 (36)	716 (33)	0.011
Me es difícil cubrirlos	74 (47)	1244 (57)	
No puedo cubrirlos	26 (17)	213 (10)	
Lugar de evaluación			
Consulta externa	40 (17)	806 (33)	0.001
Hospital	203 (83)	1606 (67)	
Autopercepción del estado de salud			
Excelente	8 (7)	89 (4)	0.075
Muy bueno	14 (11)	198 (9)	
Bueno	48 (39)	882 (39)	
Mala	22 (18)	635 (27)	
Muy mala	31 (25)	468 (21)	

TABLA 1 b: Diferencias demográficas entre los que contaban con GDS y los que no contaban.

Variables	Sin GDS N= 249 Promedio (DE)	Con GDS N= 2465 Promedio (DE)	Valor de P
Edad	78.05 (7.5)	76.12 (6.5)	0.001
MMSE	17.71 (8.6)	25.04 (4.8)	0.001
Escolaridad	6.12 (5.2)	6.9 (5.2)	0.03
Núm. de enfermedades	2.89 (1.8)	3.19 (1.6)	0.006
Núm. de Fármacos	3.65 (3.1)	3.51 (2.9)	0.001
Katz	3.94 (2.6)	2.18 (1.8)	0.001
Lawton	3.10 (3.1)	4.73 (2.7)	0.001
IMC	23.98 (4.6)	24.88 (4.9)	0.02
Albúmina	2.94 (0.9)	3.28 (0.8)	0.001
Colesterol	166 (56.7)	177 (62.4)	0.07
Hemoglobina	12.47 (2.9)	13.14 (2.6)	0.004

TABLA 2 a Diferencias demográficas entre los pacientes que no tenían síntomas depresivos y los que tenían síntomas depresivos

Variables	No deprimidos N= 1355 (%)	Deprimidos N=1110 (%)	Valor de P
Sexo			
Masculino	609 (45)	307 (28)	0.001
Femenino	746 (55)	803 (72)	
Origen			
Rural	309 (24)	253 (24)	0.95
Urbana	998 (76)	812 (76)	
Estado Civil			
Casado	638 (48)	417 (38)	0.001
Separado o divorciado	64 (5)	75 (7)	
Soltero	108 (8)	63 (6)	
Viudo	519 (39)	533 (49)	
Con quien vive			
Solo	123 (9)	125 (12)	0.001
Con la esposa	643 (49)	420 (39)	
Otro familiar o amigo	507 (39)	518 (48)	
Comunitaria	22 (2)	1 (0)	
Asilo	7 (1)	9 (1)	
Posibilidad de cuidado			
No pueden cuidarlo	14 (1)	56 (6)	0.001
Solo de vez en cuando	26 (2)	27 (3)	
Por poco tiempo	43 (4)	58 (6)	
Me pueden cuidar	1101 (93)	815 (85)	
Situación económica			
No tengo problemas	441 (37)	275 (28)	0.001
Me es difícil cubrirlos	656 (55)	588 (60)	
No puedo cubrirlos	100 (8)	113 (12)	
Lugar de evaluación			
Consulta externa	349 (26)	457 (43)	0.001
Hospital	989 (74)	617 (57)	
Autopercepción del estado de salud			
Excelente	69 (6)	20 (2)	0.001
Muy bueno	141 (11)	57 (6)	
Bueno	602 (48)	280 (27)	
Mala	288 (23)	347 (34)	
Muy mala	152 (12)	316 (31)	

TABLA 2 b: Diferencias demográficas entre los pacientes que no tenían síntomas depresivos y los que tenían síntomas depresivos

Variables	No deprimidos N= 1355 Promedio (DE)	Deprimidos N= Promedio (DE)	Valor de P
Edad	76.14 (6.3)	76.09 (6.6)	0.001
MMSE	25.77 (4.31)	24.14 (5.22)	0.001
Escolaridad	7.61 (5.38)	6 (4.7)	0.001
Núm. de enfermedades	3.11 (1.61)	3.29 (1.66)	0.039
Núm. de Fármacos	3.34 (2.83)	3.73 (2.88)	0.013
Katz	1.9 (1.58)	2.53 (1.99)	0.001
Lawton	5.21 (2.52)	4.14 (2.83)	0.001
IMC	24.89 (4.84)	24.87 (5.1)	0.021
Albúmina	3.29 (0.85)	3.26 (0.83)	0.001
Colesterol	177.8 (62)	173.37 (62.93)	0.001
Hemoglobina	13.19 (2.67)	13.06 (2.64)	0.015

TABLA 3: Análisis bivariado entre GDS y el resto de las variables

Variable	X²	Valor de P	OR	IC 95%
C / R (% deprimidos)				
Edad 65-74 (44) / > 75 (45)	0.79	0.374	1.080	0.919 - 1.269
Género Hombre (34) / Mujer (52)	77.35	0.001	2.135	1.802 - 2.530
Escolaridad ≥ 3 (42) / ≤ 2 (53)	18.72	0.001	1.558	1.276 - 1.901
Procedencia Rural (45) / Urbana (45)	0.00	0.987	0.994	0.822 - 1.202
Estado Civil No casado (49) / Casado (40)	22.39	0.001	0.673	0.572 - 0.792
MMSE corregido p/ escolaridad Normal (41) / Alterado (58)	50.13	0.001	1.985	1.641 - 2.401
Katz ABVD Indep 1-5 (42) / Dependencia 6-8 (62)	35.85	0.001	2.252	1.723 - 2.943
Lawton AIVD Indep 4-8 (39) / Dependencia 0-3 (58)	81.66	0.001	2.197	1.851 - 2.608
Autopercepción de salud buena (31) / Mala o muy mala (60)	199.389	0.001	3.427	2.882 - 4.076
Tiene DM, HAS, cardiopatía o tiroidopatía No (43) / Sí (46)	1.97	0.160	1.148	0.952 - 1.384
Núm. de enfermedades ≤ 3 (43) / ≥ 4 (48)	5.23	0.022	1.209	1.030 - 1.418
Núm. de fármacos ≤ 2 (41) / ≥ 3 (48)	13.85	0.001	1.366	1.161 - 1.607
Problemas Financieros No (38) / Sí (48)	17.89	0.001	1.487	1.239 - 1.784
Con quien vive Acompañado(45) / Solo o int (47)	0.37	0.541	1.089	0.850 - 1.394
Lo pueden cuidar Todo el tiempo o poco tiempo (43) / Lo atienden de vez en cuando o nunca (68)	26.49	0.001	2.719	1.846 - 4.006
Referencia Hospitalizado (38) / CE (57)	71.87	0.001	2.099	1.768 - 2.492
IMC Normal 19-29 (42) / Anormal 0-18 o ≥ 30 (44)	0.539	0.463	1.096	0.873 - 1.377
Albumina Normal ≥ 4 (41) / Baja 0-3 (43)	0.74	0.391	1.092	0.902 - 1.322
Colesterol Normal 161-239 (41) / Anormal 0-160 o ≥ 240 (46)	3.02	0.082	1.210	0.982 - 1.491
Hemoglobina Normal 12-17 (42) / Anormal 2-11 ó 18-22 (43)	0.037	0.848	1.030	0.819 - 1.296

TABLA 4 Regresión Logística de las variables con relación al GDS

Variables	Valor P	Exp(B)	I.C. 95%	
			Lower	Upper
Auto percepción de salud (mala o muy mala)	.001	3.120	2.534	3.841
Referencia (ambulatorio)	.001	2.079	1.656	2.611
Lawton (dependiente)	.001	1.840	1.429	2.368
Género (femenino)	.001	1.761	1.379	2.248
MMSE (alterado)	.004	1.477	1.133	1.925
Escolaridad (2 o menos)	.018	1.361	1.055	1.756
Katz (dependiente)	.022	1.539	1.063	2.228

TABLA 5: Relación de GDS y escolaridad ajustando para el resto de las variables

	Mod. 1	Mod. 2	Mod. 3	Mod 4	Mod. 5	Mod. 6	Mod. 7
Wald	14.09	10.62	10.18	7.32	5.86	5.56	5.62
P	0.001	0.001	0.001	0.007	0.015	0.018	0.018
OR	1.543	1.492	1.492	1.414	1.367	1.358	1.361
IC 95%	1.230-1.934	1.172-1.892	1.167-1.908	1.100-1.818	1.061-1.761	1.053-1.752	1.055-1.756

Modelo 1 Escolaridad

Modelo 2: Auto percepción, presencia de enfermedades crónicas, número de enf y fármacos.

Modelo 3. género, referencia. edo Civil

Modelo 4 Katz y Lawton

Modelo 5: MMSE corregido a escolaridad

Modelo 6. Nivel económico y posibilidad de cuidado

Modelo 7 Colesterol

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CALABAZAR DE LA VIEJA
 CALABAZAR DE LA VIEJA, VERACRUZ DE GARZA
 2019

CONCLUSIONES

Nosotros encontramos una prevalencia del 45%, 57% de los pacientes de la consulta externa y 38% de los pacientes hospitalizados. Nilliam (31) reportó una prevalencia del 21% para depresión mayor, en una clínica de geriatría, entre los pacientes geriátricos hospitalizados, Koenig (32), Jackson (33) y McCrea (34) reportan prevalencias desde un 12% a un 45%. En el consenso del NIMH publicado en 1997 mencionan que la depresión subsindromática prevalece de un 13% a un 27% entre la población anciana, sin embargo entre los ancianos enfermos y los residentes de asilos su prevalencia puede llegar a un 50% (22). Cabe mencionar que la clínica no valora a toda la población mayor de 65 años del hospital y los pacientes referidos tienen un alto índice de morbilidad, menor funcionalidad y deterioro cognitivo, por lo que existe un sesgo de selección.

Al analizar los diferentes factores de riesgo encontramos que después de un análisis multivariado género estaba relacionado en forma independiente. En la literatura, consistentemente apoyan la relación entre mujeres y síntomas depresivos, Comstock (8) demostró que dicha relación se conservaba después de controlarlo con el resto de las variables, mientras que Gurland (35) encontró lo contrario. Se han propuesto que los mecanismos para la presentación de depresión en mujeres son diferentes a los de los hombres (9).

En cuanto la funcionalidad existe una fuerte evidencia de la relación independiente con depresión (4, 6, 12, 19). Solo cabe mencionar que Berkman no encontró relación entre Katz y depresión, en nuestra población la escala de Katz permaneció como factor independiente. Sin embargo, nosotros apreciamos que la relación esta más estrecha con la dependencia a actividades instrumentales que con las actividades básicas de la vida diaria.

Dentro de nuestro análisis multivariado, apreciamos que el estado cognitivo es un factor independiente para la presencia de síntomas depresivos. El estado cognitivo ha demostrado su relación en análisis multivariado (4, 12) y en la literatura se reconoce la alta prevalencia de depresión entre los pacientes con demencia.

Un hallazgo importante es el hecho que en nuestra población los índices de morbilidad no fueron factores independientes, en la literatura la mayoría de estudios lo han señalado como uno de los dos factores más importantes para depresión (4, 6, 12, 19). Dado que la mayoría de nuestros pacientes tienen una morbilidad muy incrementada y es raro tener paciente con poca morbilidad, puede ser esta la causa que el índice de morbilidad no apareciera como factor de riesgo independiente.

Los pacientes con pobre soporte social están más proclives a referir depresión, pero esta relación esta superada a otras variables como el grado de funcionalidad, estado cognitivo, género y/o escolaridad.

En cuanto a escolaridad, al igual que nosotros, Eaton (27) y Liu (4) demostraron una relación independiente, Berkman (11) sugiere que dicha relación sea la causa en las variaciones de la prevalencia entre sus diferentes grupos de edad. Al revisar la literatura encontramos que la escolaridad interfiere con las diferentes escalas de medición por lo que siempre nace la pregunta ¿Si es un factor confusor o un factor de riesgo?. El mejor ejemplo es lo que pasa con escolaridad y escalas que valoran el estado cognitivo como el MMSE, en la revisión de Tombaugh, menciona estudios que demuestran que es un sesgo psicométrico, pero a la vez hay evidencias que apoyan la posibilidad de que constituya un factor de riesgo para demencia(36), sin embargo, no hay experiencia similar relativa a la evaluación del estado afectivo. En nuestro estudio apreciamos que los pacientes con menor escolaridad tenían problemas para contestar el formato sí o no; por lo que podría ser un tópico para investigaciones futuras.

Cabe mencionar que dado el diseño del estudio, no se puede aclarar la relación causa y efecto de depresión con funcionalidad y estado cognitivo, en las cuales se ha demostrado una relación recíproca (6, 2). Tampoco se puede establecer la relación con la edad en estudios transversales. (6)

BIBLIOGRAFIA

1. Weissman MM, Myers JK, Harding PS. Psychiatric disorders in a U.S. urban community 1975-1976. *Am J Psychiat* 1978, 135: 459-62.
2. Friedhoff AJ. Consensus Development conference statement. Diagnosis and treatment of depression in late life. In Schneider LS, Reynolds CF III, Lebowitz BD, Friedhoff AJ, eds. *Diagnosis and Treatment of depression in late life. Results of the NIH consensus development conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
3. *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. NIH Consensus Statement* 1991 Nov 4-6 ;9(3).1-27.
4. Liu CY, Wang SJ, Teng EL et al. Depressive disorders among older residents in a chinese rural community. *Psychological Medicine* 27: 943-949; 1997
5. Blazer D; Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 439-44.
6. Blazer D; Burchett B; Service C; et al. The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration. *J Gerontol.* 1991; 46: M210-213.
7. Frerichs RR; Aneshensel CS, Clark VA. Prevalence of depression in Los Angeles county. *Am J Epidemiol* 1981, 113: 691-9.
8. Comstock GW, Heising KJ. Symptoms of depression in two communities. *Psychol Med* 1976, 6: 551-63.

9. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol* 1983, 117: 173-85
10. Martin FM; Brotherston JH, Chave SP. Incidence of neurosis in a new housing estate. *Br J Prev Soc Med* 1957; 11: 196-202.
11. Berkman LF, Berkman CS, Kasl S et al. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol* 1986, 124:372-88.
12. Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C et al. Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 220-225.
13. Gurland BJ, Toner JA. Depression in the elderly: a review of recently published studies, in annual review of geriatrics and gerontology, edited by Eisdorfer C. New York, Springer, 1982.
14. Blazer D, Hughes DC, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population, *Gerontologist* 1987, 27: 281-300
15. Kinzie JD, Lewinsohn P, Maricle R et al. The relationship of depression to medical illness in an older community population. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 241-246
16. Aneshensel CA, Yokopenic PA. Test for comparability of a causal model of depression under two condition of interviewing. *J Pers Soc Psychol* 1985, 49: 1337-48
17. O'Hara MW, Kohout FJ, Wallace RB. Depression among the rural elderly. a study of prevalence and correlates. *J Nerv Mental Dis* 1985, 173: 582-9.

18. Lin N, Ensel WM. Depression-mobility and its social etiology. the role of life events and social support. *J Health Soc Behav* 1984; 25: 176-188
19. Phifer JF, Murrell SA. Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *J Abnorm Psychol* 1986; 95: 282-291
20. Klerman GL. Overview of affective disorders. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of psychiatry* /III. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1980; 2.
21. Klerman GL. Other specific affective disorders. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of psychiatry* /III. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1980; 2.
22. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1997; 278:1186-1190.
23. Baldwin RC. Depression in the elderly. *The British Journal of psychiatry* Vol 170(3) March 1997 pp 292-95
24. Koenig H, Meador KG, Cohen HG, Blazer DG. Self-rated depression scales and screening for major depression in older hospitalized patient with medical illness. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:699-706
25. McGivney SA, Mulvihill M, Taylor B. Validating the GDS depression screen in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 42:490-92, 1994.
26. Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB et al. Physical Activity and Depression: Evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 220-31.
27. Eaton WW, Kessler LG. Rates of symptoms of depression in a national sample. *Am J Epidemiol*. 1981; 114: 528-38.

28. Warheit GJ; Holzer CE, Schwab J. An analysis of social class and racial differences in depressive symptomatology: a community study. *J Health Soc Behav* 1973. 14: 291-9.
29. Tesis: García-Cruz JC, Gutiérrez-Robledo LM. Autopercepción del estado de salud y mortalidad en ancianos mexicanos. Febrero 2001, INCMN SZ
30. Yesavage JA and Brink TL. The geriatric depression scale. In: MaDowell I; Newell Claire. *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1996
31. Nilliam J; Burke, MD, Rodney L, et al. A prospective evaluation of the geriatric depression scale in an outpatient geriatric assessment center. *JAGS* 1992; 40 (12): 1227-1230.
32. Jackson, R. & Baldwin, B. Detecting depression in elderly medically ill patients: the use of the Geriatric Depression Scale compared with medical and nursing observations. *Age and Ageing*, 1993; 22: 349-353
33. Koenig, H. G., Meador, K. G., Cohen, H. J., et al. Detection and treatment of major depression in older medically ill hospitalised patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1988; 18: 17-31.
34. McCrea D; Arnold E, Marchevsky D; et al. The prevalence of depression in geriatric medical outpatients. *Age and Ageing* 1994, 23: 465-467
35. Gurland, B. J. & Cross, P. S. (1982). Epidemiology of psychopathology in old age. some implications for clinical services. *Psychiatric Clinic of North America* 5, 11-26
36. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The Mini-mental state examination: A comprehensive review. *JAGS* 1992, 40: 922-935.

A P É N D I C E 1



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"
CLINICA DE GERIATRIA. EVALUACION GLOBAL.

NOMBRE _____ REG _____ EDAD _____ SEXO _____
 CAMA _____ CÉ _____ 1a VEZ _____ SUBSECUENTE _____ FECHA DE EVALUACION _____
 INGRESO _____ EGRESO _____

SECCION DE SALUD MENTAL Hoy le preguntaré acerca de su salud en general y me servirá de un cuestionario para facilitar la obtencion de la informacion. Las primeras preguntas tienen por objeto verificar el estado de su memoria

Pts Max	Pts Obt		
5	_____	¿Que fecha es hoy? (años, estacion, mes, día, fecha completa)	TOTAL 1 { }
5	_____	¿En donde estamos? (piso, hospital, ciudad, estado, país)	TOTAL 2 { }
3	_____	Nombre 3 objetos (1 por segundo) Pida al sujeto que los repita (lapiz, llave, libro)	TOTAL 3 { }
5	_____	Que reste empezando en 100 de 7 en 7 (o desde 20, de 3 en 3), hasta 5 respuestas	
3	_____	Pregunte por los 3 objetos aprendidos	
2	_____	Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique	
1	_____	Que repita la frase "no voy si tu no llegas temprano"	
3	_____	Que cumpla la siguiente orden verbal Tome una hoja de papel con su mano derecha, doblela por la mitad y coloquela en el piso	
1	_____	Que lea la frase "cierre los ojos"	
1	_____	Que escriba una oracion	
1	_____	Que copie un diseño gráfico (pentagonos cruzados)	

>23 CONTINUE CON LA SIGUIENTE SECCION;
DE 19 A 23 PREGUNTE ESCOLARIDAD, SI ES ANALFABETA CONTINUE
SI <13, O BIEN 13-19 CON ESCOLARIDAD PRIMARIA O SUPEROR, CONTINUE CON LA AYUDA DE UN INFORMANTE

SECCION DEMOGRAFICA:

1	Procedencia		
	2 rural 1 urbana		
2	¿Cuantos años tiene de escolaridad?		{ }
3	¿Sabe Ud leer y escribir?	1 Si 2 No	{ }

SECCION DE APOYO SOCIAL: Ahora, algunas preguntas acerca de su familia y amigos

4	¿Cual es su estado civil?	1 casado 2 separado o divorciado 3 soltero 4 viudo(fecha) _____	{ }
5	¿Quien vive con usted? (MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS)	1 conyuge 2 otro familiar o amigo 3 vida comunitaria 4 asilo 5 solo	{ } { } { }
6	¿Está usted satisfecho con la frecuencia con que ve a sus familiares, o bien cree ud que los ve muy poco?	1 satisfecho (PASE A LA 8) 2 insatisfecho (PASE A A)	{ }
	A Le gustana participar en alguna actividad social en su parroquia, en su colonia o tal vez en el INSEN?	1 asiste 2 si 3 no	{ }
7	Si ud se encontrase enfermo o invalido, ¿cuenta con alguien que pudiera hacerse cargo directamente de su atencion? (ESPECIFIQUE POR EJEMPLO bañarlo, cambiarlo, alimentarlo, etc)	1 si (PASE a C) 2 no (PASE a A)	{ }
	A ¿Tiene ud, al menos alguien que pueda cuidarlo por poco tiempo?	1 si (PASE a C) 2 no (PASE a B) (+2)	{ }
	B ¿Hay alguien que pueda cuidarlo de vez en cuando?	1 si (PASE a C) 2 no (PASE a C) (+3)	{ }
	C ¿A quien podemos llamar en caso de emergencia? (NOMBRE Y TELEFONO)		{ }

SECCION FINANCIERA Las siguientes preguntas son acerca de sus gastos y problemas relacionados

8	¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situacion?		{ }
	3 mis gastos son tales que no puedo cubrirlos (PASE a A)		
	2 me resulta difícil cubnr mis gastos (PASE a A)		
	1 no tengo problemas financieros (PASE a 10)		
A	¿De que manera, o de quién, recibe usted ayuda?		

SATISFACCION VITAL

9 Tomando en consideracion su vida en general, ¿se siente satisfecho?

- 1 si 2 a medias 3 no

SECCION DE SALUD FISICA: Las siguientes preguntas son acerca de su salud

- 10 ¿En relacion con otras personas de su edad, como diria ud que se encuentra de salud? []
 1 excelente 2 muy buena 3 buena 4 mala 5 Muy mala
- 11 ¿Hasta que punto sus problemas de salud le impiden desempeñarse en sus actividades habituales? []
 1 para nada (PASE A 15) 2 poco (PASE a A) 3 mucho (PASE a A)
- A ¿Cree ud tener necesidad de ayuda para sus actividades de la vida diaria en el hogar? (EXPLIQUE CUALES SON) []
 1 no necesita 2 necesita ayuda
- B Cuenta con []
 1 sirviente 1 familiar 2 cuidadora o enfermera 3 nadie
- C ¿En los últimos 6 meses, ha recibido ayuda de alguien para, por ejemplo, ir de compras, hacer el quehacer, bañarse, vestirse o desolazarse?
 3 no y si la necesito 2 si (ESPECIFIQUE) _____ 1 no y no la necesito

DIAGNOSTICOS

12 ¿Ha tenido o tiene en la actualidad alguno de los siguientes problemas? (SI ASI FUERE PONGA UNA CRUZ EN EL ESPACIO APROPIADO Y DESCRIBA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS COMPLETE LOS DATOS CON EL EXPEDIENTE)

	SI	DESCRIBA
a) artritis o reumatismo	___	_____
b) problemas respiratorios	___	_____
c) hipertension	___	_____
d) problemas cardiacos	___	_____
e) vances o mala circulacion	___	_____
f) diabetes	___	_____
g) g ulceras digestivas	___	_____
h) otros problemas digestivos	___	_____
i) cancer	___	_____
j) anemia	___	_____
k) embolias o trombosis cerebrales	___	_____
l) otros problemas neurologicos	___	_____
m) problemas tiroideos o glandulares	___	_____
n) problemas con el riñon, la vejiga	___	_____
o) problemas por depresion	___	_____

13 HA TENIDO O TIENE

a) problemas de la piel (Especificar úlceras de decubito)	___	_____
b) problemas para hablar (Especificar afasia y tipo)	___	_____
c) Incontinencia urinaria (especifique tipo)	___	_____
d) Incontinencia fecal (especifique tipo)	___	_____
e) Caídas en el último mes (especifique numero y consecuencias)	___	_____
f) problemas a causa de dolor no resueltos (especifique)	___	_____
g) problemas para caminar	___	_____
h) Perdida de peso (cuanto y en que tiempo)	___	_____
i) Falta de apetito	___	_____
j) ¿Ha tenido que ser sujetado a la cama o silla por alguna razon	___	_____
k) problemas de la audicion (murmure al oido ¿cual es su nombre? de cada lado y con los labios fuera del campo visual del sujeto)	___	Izq Der
l) problemas de la vista (evalúe cada ojo con la tarjeta de jaeger)	___	Izq Der
m) ¿Esta Ud satisfecho con su vida sexual? ¿Con que frecuencia tiene actividad sexual?	___	_____
n) ¿Con que frecuencia consume Ud bebidas alcoholicas? ¿Ha tenido Ud problemas con su consumo de alcohol?	___	_____
o) otros problemas de salud	___	_____

14 LISTA DE MEDICAMENTOS ¿Que medicamentos esta tomando en la actualidad o ha tomado en el ultimo mes? Indístre por favor sus cajas o recetas. Si el paciente es incapaz de describir haga las siguientes preguntas anotando nombre y dosis o bien ponga el dato del carbox y exacto cotejando con el paciente o el familiar responsable de la administracion de los medicamentos.

MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIS X TOMA	INTERVALO	TIEMPO DE ADMON	PRN?
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					
9)					
10)					
11)					
12)					
13)					
14)					
15)					

15 ¿Muchas personas tienen problemas para recordar que deben tomar sus medicamentos sobre todo cuando hay que tomarlos con regularidad ¿Que tan seguro olvida tomar sus medicinas?

4 frecuentemente 3 a veces 2 rara vez 1 nunca

16 INDICE DE KATZ. EVALUACION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

1 BAÑO: ESPONJA REGADERA O TINA

<p>[] [] [] []</p> <p>No recibe asistencia. (puede entrar y salir de la tina por si mismo si la tina es su medio usual de baño)</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (como espalda o pierna)</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que reciba asistencia durante el baño en mas de una parte</p>
---	--	---

2. VESTIDO: Que pueda tomar del closet o de los cajones la ropa, incluyendo la ropa interior, vestido y que se pueda abrochar

<p>[] [] [] []</p> <p>Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente sin asistencia</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrochar zapatos</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse</p>
---	---	---

3 IR AL BAÑO: Ir al baño, limpiarse y arreglar su ropa

<p>[] [] [] []</p> <p>Sin ninguna asistencia (puede utilizar algun objeto de soporte como baston o silla de ruedas y/o que pueda manejar por si mismo el pañal o comodo vaciandolo el mismo)</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que reciba asistencia al ir al baño en limpiarse y arreglar su ropa o en el uso del pañal o comodo</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que no vaya al baño</p>
--	--	---

4. TRANSFERENCIAS

<p>[] [] [] []</p> <p>Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un objeto de soporte)</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que no pueda salir de la cama</p>
---	--	---

5. CONTINENCIA

<p>[] [] [] []</p> <p>Control total de esfinteres</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que tenga accidentes ocasionales</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Necesita ayuda para la supervision del control de esfinter, utiliza sonda o incontinente</p>
---	--	--

6 ALIMENTACION

<p>[] [] [] []</p> <p>Que se alimente por si solo sin asistencia alguna</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que se alimente solo y que tenga asistencia solo para cortar la carne o untar mantequilla</p>	<p>[] [] [] []</p> <p>Que reciba asistencia en alimentacion o que se alimente parcial o totalmente por via enteral o parenteral</p>
---	---	---

CALIFICACION KATZ.

TOTAL 1 [] 2 [] 3 []

- | | |
|--|--|
| <p>1) INDEPENDENCIA EN ALIMENTACION, CONTINENCIA, TRANSFERENCIAS, IR AL BAÑO, VESTIRSE, BAÑARSE</p> <p>2) INDEPENDENCIA EN TODAS LAS FUNCIONES MENOS UNA</p> <p>3) INDEPENDIENTE EN TODO MENOS BAÑARSE Y OTRA FUNCION ADICIONAL</p> <p>4) INDEPENDENCIA EN TODO MENOS BAÑARSE, VESTIRSE Y OTRA FUNCION ADICIONAL</p> | <p>5) DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO Y OTRA FUNCION ADICIONAL</p> <p>6) DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO, TRANSFERENCIA Y OTRA FUNCION ADICIONAL</p> <p>7) DEPENDENCIA TOTAL EN LAS SEIS FUNCIONES</p> <p>8) DEPENDENCIA EN DOS FUNCIONES PERO QUE NO CLASIFICAN EN C, D, E, F</p> |
|--|--|

17 ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON

1a 2a 3a

A Capacidad para usar el telefono

- 1 lo opera por iniciativa propia marca sin problema
- 2 marca solo unos cuantos numeros bien conocidos
- 3 contesta e telefono pero no llama
- 4 no usa el telefono

B Compras

- 1 vigia sus necesidades independientemente
- 2 hace independientemente solo pequenas compras
- 3 neces la compania para cualquier compra
- 4 incapaz de cualquier compra

C Cocina*

- 1 planea, prepara y sirve los alimentos correctamente
- 2 prepara los alimentos, solo si se le provee de lo necesario
- 3 calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada
- 4 necesita que le preparen los alimentos

D Cuidado del hogar*

- 1 mantiene la casa solo o con ayuda minima
- 2 efectua diariamente trabajo ligero eficientemente
- 3 efectua diariamente trabajo ligero sin eficiencia
- 4 necesita ayuda en todas las actividades
- 5 no participa

E Lavandena*

- 1 se ocupa de sus ropas independientemente
- 2 lava solo pequenas cosas
- 3 todo se lo tienen que lavar

F Transporte

- 1 se transporta solo
- 2 se transporta solo, unicamente en taxi pero no puede usar otros recursos
- 3 viaja en transporte colectivo acompañado
- 4 viaja en taxi o en auto y acompañado
- 5 no sale

G Medicación

- 1 es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas
- 2 se hace responsable solo si le prepara por adelantado
- 3 es incapaz de hacerse cargo

H Finanzas

- 1 maneja sus asuntos independientemente
- 2 solo puede manejar lo necesario para pequenas compras
- 3 es incapaz de manejar el dinero

* cuenta en sexo masculino solo si vive sólo

TOTAL 1[] 2[] 3[]

18. SINDROMES GERIATRICOS: (MARQUE Y ANOTE EN LA HOJA DE SINTESIS)

1 AFASIA	[]	21 OSTEOPOROSIS	[]
2 CAIDAS	[]	22 PATOLOGIA DE LOS PIES	[]
3 COLAPSO DEL CUIDADOR	[]	23 PATOLOGIA DENTAL	[]
4 DEFICIT AUDITIVO	[]	24 PATOLOGIA SOCIAL	[]
5 DEFICIT VISUAL	[]	25 PERDIDA DE VITALIDAD	[]
6 DEPRESION	[]	26 POLIFARMACIA	[]
7 DESNUTRICION	[]	27 PROBLEMAS ETICOS	[]
8 DETERIORO FUNCIONAL INEXPLICADO	[]	28 PROBLEMAS SEXUALES	[]
9 ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO	[]	29 REGRESION PSICOMOTRIZ	[]
10 ESCARAS	[]	30 SX DE INMOVILIZACION	[]
11 ESTADO TERMINAL	[]	31 SX DE PIERNAS INQUIETAS	[]
12 ESTASIS FECAL	[]	32 TRASTORNOS GRAVES DEL COMPORTAMIENTO	[]
13 FALLA CEREBRAL AGUDA	[]	33 TRASTORNOS DEL SUEÑO	[]
14 FALLA CEREBRAL CRONICA	[]	34 TRASTORNOS DE LA MARCHA	[]
15 FRAGILIDAD	[]	35 TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS	[]
16 HIPOTENSION ORTOSTATICA	[]	36 PERDIDA DE AUTONOMIA	[]
17 INCONTINENCIA FECAL	[]	NUMERO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS	[]
18 INCONTINENCIA URINARIA	[]		
19 ABUSO	[]		
20 OBESIDAD	[]		

19 PRUEBA DE ESTACION UNIPODAL (Pida que se apoye sobre el lado dominante y cronometre)

3segs

20 EVALUACION DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI

Instrucciones El sujeto debe estar sentado en una silla rigida y sin brazos. A partir de tal postura se evalúan

20A BALANCE

			1a	2a	3a
1 Balance sentado	Se va de loco o resbala = 0	Firme y seguro = 1			
2 Levantarse	Incapaz sin ayuda = 0 Capaz sin brazos = 2	Capaz pero usa brazos = 1			
3 Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda = 0 Capaz a la primera = 2	Capaz en mas de un intento = 1			
4 Balance inmediato al levantarse (5 seg)	Estable pero c/ apoyo fisico = 1	Inestable (vacila nueve los pies) = 0 Estable sin ningun apoyo = 2			
5 Balance de pie	Inestable = 0 Estable con base normal de sustentacion = 2	Estable pero con amplia base de sustentacion (>10 cms) o apoyo fisico = 1			
6 Empujon (con el sujeto con los pies juntos el examinador empuja con la palma de la mano sobre el estemon 3 veces)	Comienza a caer = 0	Se tambalea pero se recupera = 1			
7 Ojos cerrados (misma posicion)	Inestable = 0	Estable = 1			
8 Giro de 360 grados	pasos irregulares = 0 Inestable = 0	Pasos uniformes = 1 Estable = 1			
9 Al sentarse	Inseguro (juzga mal la distancia se deja caer) = 0 Usa los brazos o esta inseguro = 1	Seguro baja con suavidad = 2			
SUBTOTAL BALANCE/16			[]	[]	[]

20B MARCHA

Instrucciones El sujeto se pone de pie con el examinador camina a lo largo del corredor o atraviesa el cuarto, primero a "su paso", de regreso "rapido" pero con precaucion" (usando su apoyo habitual)

10 Inicio de la marcha (inmediatamente luego de decirle "sale")	Duda o intenta "arrancar" mas de una vez = 0	No titubea = 1			
11 Longitud y elevacion del paso					
a Balance del pie derecho	No rebasa al pie izquierdo = 0 El pie der no deja el piso = 0	Rebasa al pie izquierdo = 1 El pie derecho deja el piso = 1			
b Balance del pie izquierdo	No rebasa el pie derecho = 0 El pie izq no deja el piso = 0	Rebasa al pie derecho = 1 El pie izquierdo deja el piso = 1			
12 Simetria en los pasos entre izq y der	Desigual = 0	Uniforme = 1			
13 Continuidad en los pasos	Discontinuos = 0	Parecen continuos = 1			
14 Rumbo	Marcada desviacion = 0 Derecho sin auxilio = 2	Desviacion moderada o se apoya = 1			
15 Tronco	Balanceo marcado o usa apoyo fisico = 0 No balanceo, no flexion = 2	No hay balanceo pero flexiona rodillas o dorso o separa los brazos = 1			
16 Base de sustentacion	Talones separados = 1	Talones se tocan al caminar = 0			
SUBTOTAL MARCHA/12			[]	[]	[]
TOTAL			[]	[]	[]

21. ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

	1ª	2ª	3ª
	SI/NO	SI/NO	SI/NO
1 ¿ESTA USTED SATISFECHO CON SU VIDA? *
2 ¿HA ABANDONADO USTED MUCHOS DE SUS INTERESES Y ACTIVIDADES?
3 ¿SIENTE USTED QUE SU VIDA ESTA VACIA?
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 EN VEZ DE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS?
13 ¿SE PREOCUPA USTED FRECUENTEMENTE POR EL FUTURO?
14 ¿CREE USTED QUE TIENE MAS PROBLEMAS CON SU MEMORIA QUE LOS DEMAS?
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 DIFICIL A USTED COMENZAR CON NUEVOS PROYECTOS?
21 ¿SE SIENTE USTED LLENO DE ENERGIA?*
22 ¿SIENTE USTED QUE SU SITUACION ES DESESPERANTE?
23 ¿CREE USTED QUE LOS DEMAS 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 EL TOMAR DECISIONES?*
30 ¿ESTA SU MENTE TAN CLARA COMO SOLIA ESTAR ANTES?*
TOTAL	{ }	{ }	{ }