

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55
FRESNILLO, ZACATECAS



FACTORES QUE CONDICIONAN DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FELIPE CASTAÑEDA ORDAZ

Hospital General de
Zona 1 F. No 2
Fresnillo, Zac.

FRESNILLO, ZACATECAS



2005

Secretaría de Enseñanza
e Investigación

m347012



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.

FACTORES QUE CONDICIONAN DEPRESION EN ADULTO MAYOR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FELIPE CASTANEDA ORDAZ



AUTORIZACIONES SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 55 DE
FRESNILLO ZACATECAS

DR. JESÚS ALFONSO HERNÁNDEZ LARA
ASESOR METODOLÓGICA DE TESIS

MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF # 4 DEL IMSS GUADALUPE
ZACATECAS

DR. SERGIO VALENCIA SEGURA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Felipe Castaneda Ordez

FECHA: 19 de Agosto 2005

FIRMA: [Firma]

FRESNILLO ZACATECAS

2005

FACTORES QUE CONDICIONAN DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

TRABAJO QUE PARA ABTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FELIPE CASTAÑEDA ORDAZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS NUESTRO SEÑOR.

POR PERMITIRME SALUD Y FORTALEZA PARA
LLEVAR A FELIZ TERMINO LOS ESTUDIOS DE LA
ESPECIALIDAD

A MIS MAESTROS. Y COMPAÑEROS
POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS Y
EXPERIENCIA DENTRO Y FUERA DE LOS ESPACIOS
DE ENSEÑANZA.

MI RECONOCIMIENTO ESPECIAL A LA DRA. AURORA
DEL VILLAR BARRIOS MAESTRA TITULAR DEL
CURSO .

Y AL DR. JESUS ALFONSO HERNÁNDEZ LARA
ASESOR METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN.

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE
SUPERARME EN LO PERSONAL Y EN LO
PROFESIONAL.

A MIS PADRES †.
POR OTORGARME LA VIDA Y HABER INFLUIDO EN MI
VOCACIÓN PROFESIONAL.

A MI ESPOSA E HIJOS
POR SU DECIDIDO APOYO, COMPRENSIÓN Y
PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA
ESPECIALIDAD

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	7
3. JUSTIFICACIÓN.	8
4. OBJETIVOS:	9
4.1 Objetivo general.	9
4.2 Objetivos específicos.	9
5. HIPÓTESIS:	10
5.1 Hipótesis general.	10
5.2 Hipótesis específicas.	10
6. METODOLOGÍA:	11
6.1 Tipo de estudio.	11
6.2 Población de estudio:	11
6.2.1 Población.	11
6.2.2 Lugar.	11
6.2.3 Tiempo.	11
6.3 Muestreo:	11
6.3.1 Tipo de muestra.	11
6.3.2 Tamaño de la muestra.	11
6.4 Criterios de selección:	12
6.4.1 Criterios de inclusión.	12
6.4.2 Criterios de exclusión.	12

6.5	Variables a recolectar:	12
6.5.1	Variable dependiente.	12
6.5.2	Variables independientes.	12
6.5.4	Operacionalización de variables.	12
6.6	Procedimientos para captar la información.	17
6.7	Consideraciones éticas.	17
7.	RESULTADOS.	18
8.	DISCUSIÓN.	46
9.	CONCLUSIONES.	49
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	50
11.	ANEXOS:	53
11.1	Anexo 1. Hoja de recolección de datos.	53
11.2	Anexo 2. Test de Zung.	56
11.3	Anexo 3. Carta de consentimiento informado.	57

1. ANTECEDENTES

La depresión es un padecimiento grave que afecta negativamente la manera de sentir, pensar y actuar del paciente, la Organización Mundial de la Salud propone que el enfermo que la padece sufre humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lo lleva a disminuir su nivel de actividad y a sentir cansancio exagerado aún después de un esfuerzo mínimo. La Asociación Psiquiátrica Americana la define como un trastorno del estado de ánimo o faltas de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados por un periodo mayor a dos semanas.¹

Los trastornos de la esfera del estado de ánimo son unos de los cuadros más descritos a lo largo de toda la historia y su alta prevalencia los sitúa en una de las patologías más frecuentes en la actualidad. Las primeras referencias se remontan a la Iliada de Homero, sin embargo, Hipócrates en el siglo IV A.C. fue el primer autor que se acercó a los trastornos del estado de ánimo desde la perspectiva médica. Un siglo más tarde Galeno relaciona los síntomas depresivos con la afectación del cerebro, con el humor negro. En el renacimiento Paracelso se distancia de la teoría hipocrática y galena de los humores, y como causa de la melancolía apela a factores anímicos. Con los grandes cambios que se dan en la medicina de la época, el concepto de melancolía se va perfilando y el término depresión empieza a desbancar al de melancolía. Emil Kraepelin (1856-1926) en su Tratado de Psiquiatría describe por primera vez la demencia precoz y la Psicosis maniaco depresiva. Paralelamente Sigmund Freud (1856-1939) describió un tipo de depresión diferente al de Kraepelin y al que denominó Neurosis depresiva, se calcula que aproximadamente un 15% de la población adulta sufrirá en algún momento de su vida algún episodio depresivo, la tasa de prevalencia estimada por la Organización Mundial de la Salud, en la población mundial es de 3% a un 5%.²

Otros estudios mas recientes mencionan que los trastornos mentales son más frecuentes asociados a otras psicopatologías, pero en la población general, la prevalencia de la depresión mayor es del 8% al 26%.³

De acuerdo a diferentes estudios desarrollados en diferentes centros de investigación en el mundo, el riesgo de padecer un episodio depresivo en un determinado periodo es aproximadamente 6% para hombres y 12% para mujeres, en casi todos los estudios epidemiológicos sobre depresión en Europa, Estados Unidos y México, se señala que las mujeres tienen un doble riesgo que los hombres de padecer depresión durante un ciclo vital, la mayor incidencia y prevalencia ocurre entre los 20 y 45 años de edad, la depresión puede presentarse también en la tercera edad, aunque con menos frecuencia que en la edad media del ser humano.⁴

El cuadro depresivo es más frecuente en mayores de 65 años aumentando en la actualidad de 12 a 15% y también es más frecuente en los años que preceden al retiro, decae en la década siguiente y de nuevo aumenta su prevalencia después de los 75 años.⁵

En estudio reciente de investigación sobre depresión en adulto mayor, realizado en Barcelona España, con una muestra de 400 participantes donde se estudiaron variables sociodemográficas se utilizó para medir depresión el Inventario de Depresión de Beck, y reportan una prevalencia de 15.5%.⁶

En la Ciudad de México se realizó un estudio en adultos jubilados, en el cual notifican una prevalencia de depresión de 71%, considerándolo como riesgoso para la vida.⁷

Otro estudio también en la Ciudad de México aplicando la escala de Calderón Narváz y la escala de Yasavage y Brink, reportan una prevalencia de depresión de 79.5% con la primera y 57% la segunda.⁸⁻⁹

Se investigó también en adultos mayores en Cosoleacaque, Veracruz México a 270 personas, aplicaron la Escala de Yasavage y Brink, encontrando una prevalencia de 36%.¹⁰

Casi simultáneamente al anterior estudio, se publica otro realizado en Coatzacoalcos Veracruz en 45 personas, 48.8% mujeres y 51.2% hombres y la prevalencia detectada fue de 57.8% (26 personas), en relación a la edad la depresión se detectó en mayores de 70 años.¹¹

Hay estudios que muestran como los síntomas de ansiedad y depresión se entrelazan de manera frecuente. Entre el 40 y el 80% de los pacientes con trastornos de angustia exhiben síntomas de depresión mayor y que alrededor del 25% de los deprimidos experimentan en alguna ocasión una crisis de angustia, estos síntomas de la depresión pueden ser vistos como un continuo⁹, esto es, podemos verlos como un espectro de manifestaciones que van desde la experiencia cotidiana de sentirse triste, ya sea como resultado de una crisis, o de una situación frustrante; o también como parte de los rasgos que conforman una personalidad y que llevan a un individuo a responder con una depresión ante estímulos del ambiente.¹²

Estas manifestaciones de la personalidad pueden presentarse como variaciones estacionales; sin embargo, existe la enfermedad llamada *depresión mayor* que se refiere a la situación que aparece cuando la intensidad y/o duración de los síntomas se encuentra fuera de proporción para las circunstancias, por ejemplo, mas de 14 días de duración se considera indicativo de Depresión mayor.¹³

Los cuadros de inicio tardío tienen una tendencia a manifestarse con sintomatología depresiva, ansiosa e hipocondríaca, aunque el trastorno nombrado como distímico en el DSM IV es uno de los mas habituales en la vejez y es mas frecuente en mujeres y en personas propensas a la ansiedad, con una personalidad histérica y

dependiente, mas que en personas con rasgos obsesivos; como en todos los trastornos mentales en la vejez suelen ser muy frecuentes las somatizaciones.¹⁴

En algunos pacientes con depresión y melancolía se presentan también trastornos de la alimentación caracterizados por pérdida ponderal hasta la anorexia, no así en depresiones menores y reactivas que su presencia se relaciona con el nivel de tristeza, en otras ocasiones se relaciona con la bulimia, aunque aún existe la discusión de que si la depresión es primaria siendo la manifestación de un trastorno afectivo subyacente, o si es secundario a trastorno de la alimentación.¹⁵

El duelo normal prototipo de la depresión reactiva, tiene lugar como respuesta a separaciones y pérdidas significativas (por ejemplo muerte, separación matrimonial, desengaño amoroso, abandono del entorno familiar, emigración forzada o situación catástrofe), la pena puede manifestarse por síntomas de ansiedad, insomnio, inquietud e hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Igual que otro tipo de situaciones adversas, las separaciones y las pérdidas generalmente no producen depresión clínica salvo en las personas predispuestas a padecer trastornos del estado de ánimo.¹⁶

De acuerdo a los síntomas que predominen se clasifica como crisis, reacción o trastorno ansioso depresivo, si lo que predominan son las manifestaciones neurovegetativas y psicológicas de tristeza, crisis de llanto, astenia, adinamia, pérdida del interés a realizar las actividades diarias, falsas interpretaciones con ideas de minusvalía y futilidad, rumiación, ideación o intento suicida, sentimientos de inferioridad o inseguridad con o sin causa aparente.¹⁷

En las personas de la tercera edad, el insomnio es frecuente, complejo y a menudo difícil de resolver debido a que los parámetros fisiológicos del sueño cambian al envejecer. Al respecto se ha señalado que el insomnio se relaciona más estrechamente con factores psicológicos (depresión, neurosis, ansiedad).¹⁸

La persona que padece depresión puede no haberla padecido nunca antes (episodio único) o puede haber padecido otra u otras (episodio recurrente). El número de episodios de depresión que un enfermo puede presentar a lo largo de su vida es de cinco a seis, pero el índice de recurrencia depende de la efectividad del tratamiento y del seguimiento del paciente a largo plazo, aun después que los síntomas más severos hayan desaparecido, a mayor número de recurrencias siempre es necesario prolongar el tratamiento farmacológico por más tiempo, asegurando la adherencia terapéutica, lo que es una de las dificultades más importantes en el manejo exitoso de los pacientes con depresión.¹⁹

El tratamiento de los trastornos de salud mental, en particular la depresión atendido a modificarse debido a que algunos pacientes reciben atención fuera de las instituciones de salud mental, en primer nivel de atención o en hospitales generales ya que se considera prioritario demostrar la efectividad de las intervenciones para el tratamiento de dicho trastorno en este nivel, esta situación ha llevado a la búsqueda y desarrollo de instrumentos para detectar la depresión, que sean breves, que no requieran de la participación de un clínico especialista en salud mental, que no incluyan síntomas físicos y que sean sensibles al efecto de una intervención, como la Escala de Depresión de Hamilton, Escala de Raskin, Montgomery-Asberg, Escala de Zung, Escala de Depresión del Centro de estudios epidemiológicos, Escala de depresión de Carroll y el Inventario de Síntomas de Depresión y el Cuestionario de Beck.²⁰

El tratamiento se rige por los lineamientos generales para los adultos y debe ajustarse a cada caso conforme avanza la edad, los sistemas orgánicos sufren modificaciones estructurales y funcionales que dan como resultado una menor capacidad de adaptación y una dificultad cada vez mayor para enfrentar las situaciones fisiológicas y psicológicas adversas, es necesario pues considerar la variables

fisiológicas que modifican la absorción y el metabolismo de los fármacos, y por otro lado también hay que tener presente las estructuras y la función cerebral para la administración y ajuste de los fármacos con las dosis mínimas recomendadas e incrementos muy paulatinos; no es infrecuente que los ancianos tengan tratamientos farmacológicos para otras patologías de ahí que hay que identificar el perfil de los efectos indeseables para la medicación, los inhibidores de recaptura de serotonina son una primera opción en el manejo farmacológico antidepresivo en el anciano, ya que los tricíclicos que modifican la tensión arterial y producen efectos anticolinérgicos por lo cual se ha desestimado su uso.²¹

Las terapias psicológicas y psicoanalíticas tardan más tiempo en ver resultados, es importante que el hombre sienta comprensión, confianza, apoyo incondicional y no se le den falsas expectativas como “veras como mañana se resuelven las cosas”, porque amanecerá y la situación será igual, o peor. Por lo que es mejor animarlo a que realice actividades que disfrute y evite todo aquello que lo disguste, sin esquivar los temas espinosos al hablar con él. Los casos de suicidio se dan cuando la depresión es excesivamente fuerte.²²

Algunos psicólogos opinan que la persona deprimida que habla de la muerte es porque quiere llamar la atención, mientras que otras aseguran que lo hacen porque está pensando muy seriamente en ella.²³

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de la esfera del estado de ánimo son unos de los cuadros más descritos a lo largo de toda la historia y su alta prevalencia los sitúa en una de las patologías más frecuentes en la actualidad, hasta un 5.8 % a lo largo de toda la vida. La incidencia de depresión parece estar incrementándose en los últimos años. Se ha estimado una prevalencia para el sexo masculino hasta 12% y para el femenino de 26%.

El cuadro depresivo es más frecuente en mayores de 65 años, aumentando en la actualidad de 12 a 15% y también es más frecuente en los años que preceden al retiro, decae en la década siguiente y de nuevo aumenta su prevalencia después de los 75 años.

El impacto económico de la enfermedad depresiva es alto, ya que incluye el costo del tratamiento y la falta de productividad debido a la enfermedad, al poco rendimiento, ausentismo laboral o la muerte. Tiene una mortalidad alta ya que aproximadamente el 15% de las personas con este padecimiento se suicidan. Se ha estimado que un 50% de las personas que se suicidaron padecían depresión.

El cuadro depresivo en la tercera edad hoy en día se diagnostica mejor y por ello su frecuencia es también mayor, alrededor de 70% hasta un 80% de las personas que sufren depresión encontrarán alivio con un tratamiento antidepressivo. Se trata de un porcentaje alto si se compara con otros trastornos psiquiátricos. Sin embargo existe 20% hasta 30% de pacientes que no responderán satisfactoriamente y que representa un verdadero reto para la terapéutica antidepressiva.

Por lo cual se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que condicionan depresión en el adulto mayor?

3. JUSTIFICACION

La depresión es un estado de ánimo que afecta a millones de seres en todo el mundo, sin embargo de acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de Salud, solamente el 50% de ellos son diagnosticados oportunamente y reciben un tratamiento adecuado. El riesgo de padecer un episodio depresivo en un periodo determinado es aproximadamente 1:2 para los hombres en relación a la mujer, y cerca del 20% de la población en general presentara al menos un episodio depresivo en el transcurso de su vida.

La prevalencia es mayor en personas consideradas como adultos mayores en quienes se han reportado cifras de hasta un 40 a 70%. También se encuentra asociado a algunas variables sociodemográficas así como a enfermedades crónico degenerativas, situación que nos motiva a realizar el presente estudio.

El manejo farmacológico de la depresión puede cambiar hoy significativamente la evolución natural de este padecimiento de ahí la importancia de su abordaje oportuno, hoy en día se tienen mayores recursos y mas efectivos que antes para tratar la depresión., de hecho con uno o más de los tratamientos disponibles en la actualidad podemos decir que hasta un 80 % delos pacientes deprimidos pueden ser tratados exitosamente.

El retraso del diagnóstico oportuno así como el tratamiento tardío propiciaría la cronicidad del padecimiento haciendo que los episodios sean más severos y con una duración mayor, falta de productividad de la enfermedad, ausentismo laboral e incluso con consecuente riesgo de desenlace fatal de la depresión como lo es el suicidio.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores que condicionan depresión en el adulto mayor.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la Prevalencia de depresión en adultos mayores.
- Identificar si las características sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socio-económico, residencia, tipo de actividad física condicionan depresión.
- Identificar si las características de la familia: tipo de familia según su desarrollo, integración y funcionalidad condicionan depresión.
- Identificar si las adicciones, tabaco y alcohol condicionan depresión.
- Identificar si la comorbilidad de enfermedades crónico-degenerativas, como Diabetes Mellitus , Hipertensión arterial , Artritis Reumatoide, Osteoartritis. Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica y las neoplásicas condicionan depresión.

5. HIPÓTESIS

5.1 HIPÓTESIS GENERAL:

En el adulto mayor existen factores que condicionan depresión.

5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- La Prevalencia de depresión en el adulto mayor es similar a la nacional.
- Los factores sociodemográficos: la edad de 60 a 69 años, el sexo femenino, la escolaridad media baja, las personas no unidas (viudos, solteros, divorciados), los pensionados y/o jubilados, con estado socioeconómico medio bajo, que residen en medio urbano, sin actividad física condicionan depresión.
- Los factores familiares: la familia extensa y extensa compuesta, moderna, desintegrada condicionan depresión.
- Las adicciones (tabaco y alcohol) condicionan depresión.
- La comorbilidad (diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis reumatoide, Osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasias condicionan depresión.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta analítica. (transversal, comparativo, retrospectivo, observacional).

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

6.2.1 POBLACIÓN:

Se incluyeron en el estudio a pacientes adultos mayores de 60 años.

6.2.2 LUGAR:

Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 55 de Fresnillo
Zacatecas.

6.2.3 TIEMPO:

Durante junio a diciembre del 2003.

6.3 MUESTREO:

6.3.1 TIPO DE MUESTRA:

La inclusión de los participantes fue mediante muestreo no probabilística,
por conveniencia, de junio a diciembre del 2003.

6.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determinó mediante la fórmula siguiente:

$$N = \frac{Z^2 PQ}{D^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 [0.5 (1-0.5)]}{(0.05)^2} = 384$$

Donde:

Z = nivel de confianza de 95%: Z = 1.96.

P = proporción de depresión: 50% = 0.5

Q = complemento de 1- proporción de toxicomanías: 1 - 0.5 = 0.5

D = margen de error establecido = 5% = 0.05.

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes adultos de 60 años a más que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 55 del IMSS en Fresnillo, Zacatecas.

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

6.5 VARIABLES A RECOLECTAR:

6.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Depresión.

6.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

- La edad, el sexo, la escolaridad, el estado civil, la ocupación, el nivel socioeconómico, la residencia, la actividad física, la familia, las adicciones, las enfermedades crónico-degenerativas y las neoplasias.

6.5.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

Nombre: **Depresión.**

Definición conceptual: Estado patológico caracterizado por un decaimiento del sentimiento del valor personal, por pesimismo, y la inhibición o disminución de las funciones psíquicas en personas mayores de 60 años.

Definición operacional: Trastorno del estado de ánimo encontrado al momento de la encuesta, mediante la Escala de Zung.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Normal, leve, moderada y severa.

Nombre: **Edad.**

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.

Definición operacional: Años cumplidos al momento de la encuesta

Escala de medición: Nominal.

Categorías: 60-69 y 70 y más.

Nombre: **Sexo.**

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Definición operacional: Según registre el participante en la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Masculino y Femenino.

Nombre: **Escolaridad.**

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Definición operacional: Grado de escolaridad al momento de la encuesta.

Categorías: Nula, primaria, secundaria, técnica y profesional.

Nombre: **Ocupación.**

Definición conceptual: Empleo u oficio que se desempeña.

Definición operacional: Desempeño de labores que refieren al momento de la encuesta

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Ama de casa, obrero, técnico, profesionista, pensionado, jubilado.

Nombre: **Estado civil.**

Definición conceptual: Relación legal ante la sociedad de dos personas.

Definición operacional: Relación legal en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a).

Nombre: **Nivel socioeconómico.**

Definición conceptual: Recta administración de los bienes de una familia o sociedad.

Definición operacional: Grado de administración de los bienes que tiene una familia en el momento de la encuesta, valorada por el método de Graffar.

Escala de medición: Ordinal.

Categorías: Estrato alto (04-06), medio alto (07-09), Medio bajo (10-12), obrero (13-16), Marginal (17-20).

Nombre: **Residencia.**

Definición conceptual: Permanencia acostumbrada donde se vive.

Definición operacional: Lugar referido de residencia por la persona en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Urbana y rural.

Nombre: **Actividad física.**

Definición conceptual: Conjunto de tareas propias de una persona.

Definición operacional: Actividades que realiza, referidas al momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Pasivo ó activo.

Nombre: **Familia:**

Definición conceptual: Unidad microsomal, totalmente independiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y valores Fundamentales.

Definición operacional: Tipo de familia que se detecta al momento de realizar la encuesta de acuerdo a su estructura, desarrollo, y a su integración.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Por su estructura: nuclear, extensa y extensa compuesta.
Por su desarrollo: moderna y tradicional
Por su integración: Integrada, semintegrada y desintegrada.

Nombre: **Adicciones.**

Definición conceptual: Estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones.

Definición operacional: Adicción referida al momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Tabaquismo, alcoholismo y otros.

Nombre: **Enfermedades crónicas degenerativas.**

Definición conceptual: Enfermedades que tienen un curso prolongado.

Definición operacional: Enfermedad crónica degenerativa referida al momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras.

Nombre: **Neoplasias.**

Definición conceptual: Formación de tejido nuevo de crecimiento descontrolado.

Definición operacional: Enfermedades neoplásicas referidas al momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Cáncer gástrico, etc.

6.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Una vez autorizado el protocolo se entrevistaron a los pacientes que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, se aplicó la encuesta que contenía los datos personales y el instrumento de medición para depresión (Anexo 1 y 2), posteriormente se capturaron en la hoja de cálculo Excel, y en SPSS ver. 10, realizó estadística descriptiva determinando media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentaje para variables cualitativas. Para determinar asociación de los factores condicionantes, se utilizó razón de momios con sus intervalos de confianza en 95%, y la prueba de Chi cuadrada (χ^2), o exacta de Fisher para la significancia estadística, considerando el valor de $P < 0.05$

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio no contraviene con las disposiciones emitidas en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones hasta la de Edimburgo Escocia en el 2002. Así como las dispuestas por la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

El protocolo fue autorizado por el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 2 de Fresnillo, Zacatecas.

Se solicitó consentimiento informado de los pacientes.(Anexo 3)

7. RESULTADOS

Se incluyeron 384 adultos mayores de 60 años, el promedio de edad fue de 68 años con desviación estándar de 6.9 y rango con de 60 a 98 años. La prevalencia general de depresión fue del 11.5%.

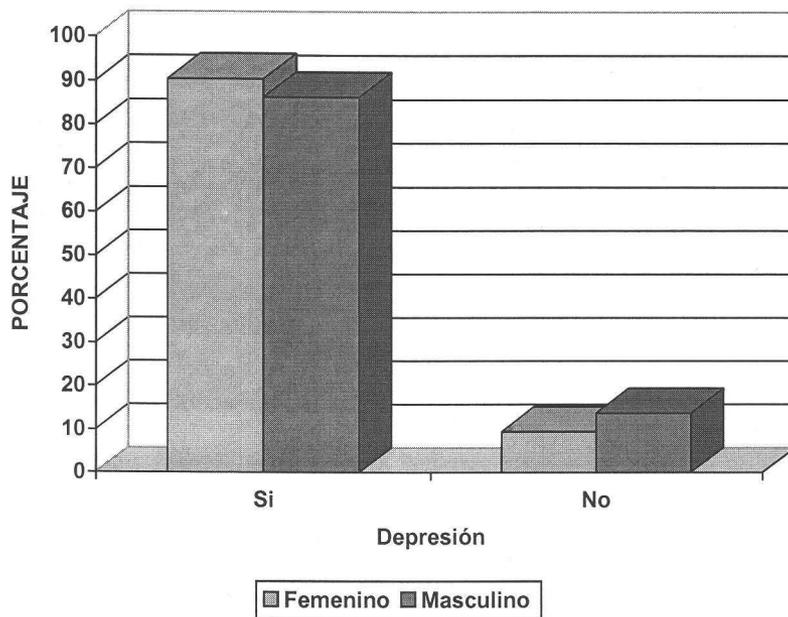
El sexo femenino predominó ligeramente con 54.7%, el masculino 45.3%. Con depresión fue mayor el sexo masculino 13.7%, respecto al femenino 9.5%. (Cuadro 1)

Cuadro 1: Sexo de los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

SEXO	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Femenino	190	90.5	20	9.5	210	100
Masculino	150	86.3	24	13.7	174	100

Fuente: Encuesta

GRÁFICA 1. SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL IMSS FRESNILLO ZAC. 2003



Fuente: Cuadro 1.

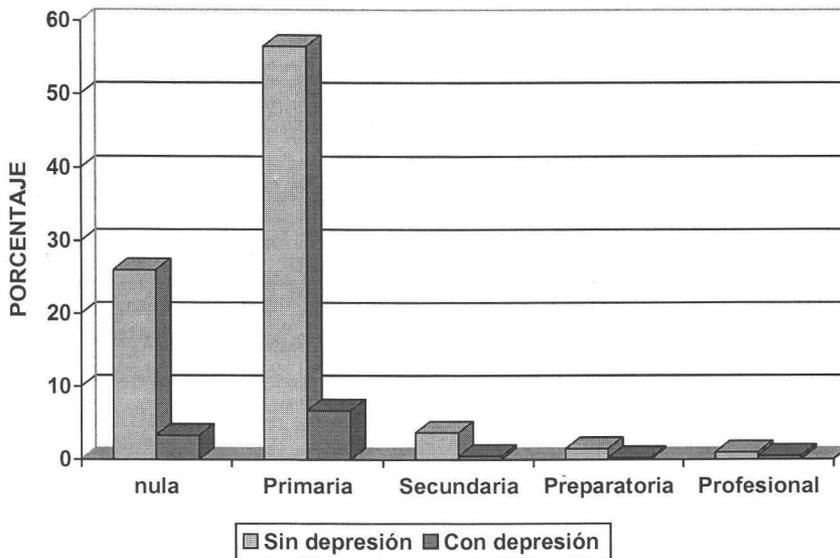
En cuanto a la escolaridad en casi 2 terceras partes tienen educación primaria 243 (63.2%), de los cuales 217 (56.5%) no tienen depresión y 26 (6.7%) si tienen depresión, seguida de los que no tienen ningún grado de escolaridad 113 (29.3%) de estos 100 (26%) sin depresión y 13 (3.3%) con depresión. (Cuadro 2)

Cuadro 2: Escolaridad de los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ESCOLARIDAD	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nula	100	26.0	13	3.3	113	29.3
Primaria	217	56.5	26	6.7	243	63.2
Secundaria	14	3.7	2	0.50	16	4.2
Preparatoria	6	1.5	1	0.25	7	1.8
Profesional	3	1.0	2	0.50	5	1.5

Fuente: Encuestas

GRÁFICA 2. ESCOLARIDAD EN ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL IMSS FRESNILLO ZAC. 2003



Fuente: Cuadro 2.

En relación al estado civil en primer lugar los unidos (casados y unión libre) con 271 (70.6%), con depresión 33 (8.6%). Los no unidos (solteros, divorciados y separados) 113 (29.4%), con depresión 11 (2.9%). (Cuadro 3)

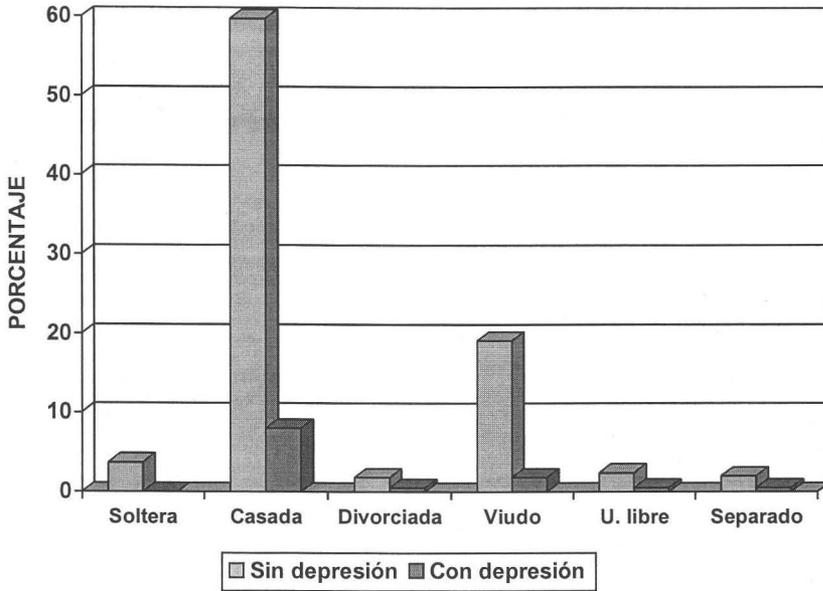
Cuadro 3: Estado Civil de los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del

IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ESTADO CIVIL	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltero	14	3.7	0	0.0	14	3.7
Casado	229	59.7	31	8.0	260	67.7
Divorciado	7	1.8	2	0.50	9	2.3
Viudo	73	19.1	7	1.8	80	20.9
Unión libre	9	2.4	2	0.50	11	2.9
Separado	8	2.0	2	0.50	10	2.5

Fuente. Encuestas.

GRÁFICA 3. ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL IMSS FRESNILLO ZAC. 2003



Fuente: Cuadro 3.

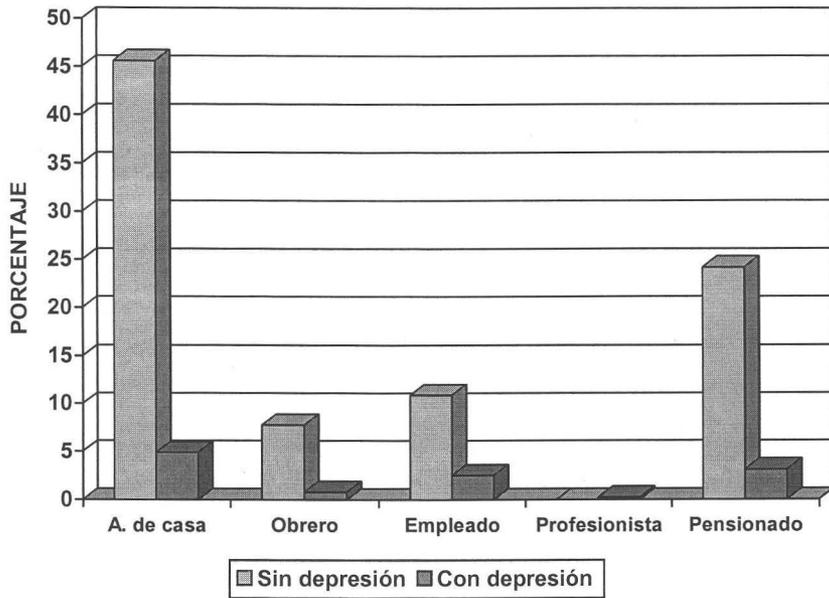
En quienes tenían ocupación presentaban depresión 32 (8.4%), sin depresión 247 (64.3%). Los que no tenían ocupación con depresión 12 (3.1%), y sin depresión 93 (24.2%). (Cuadro 4)

Cuadro 4: Ocupación de los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

OCUPACIÓN	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ama de casa	175	45.6	19	4.9	194	50.6
Obrero	30	7.8	3	0.78	33	8.6
Empleado	42	10.9	9	2.5	51	13.2
Profesionista	0	0.0	1	0.25	1	0.2
Pensionado	93	24.2	12	3.1	105	27.4

Fuente: Encuestas

GRÁFICA 4. OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL IMSS FRESNILLO ZAC. 2003



Fuente: Cuadro 4.

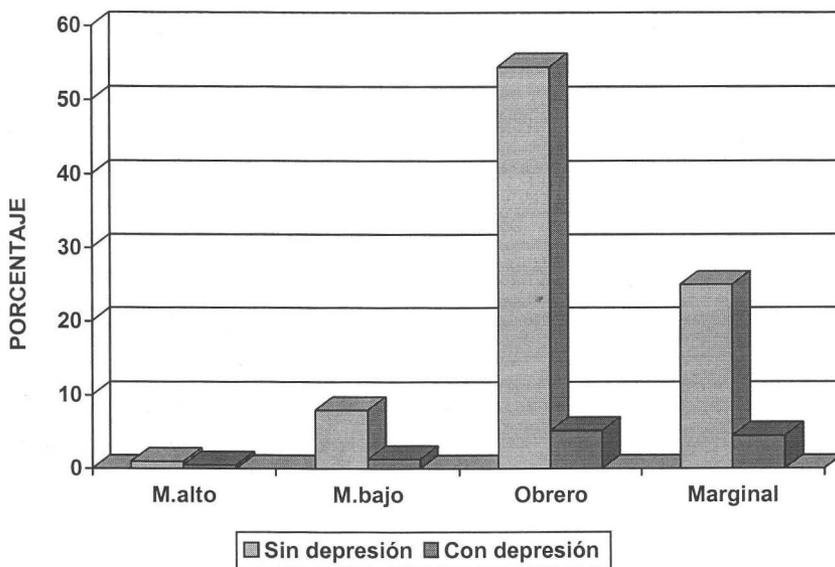
El nivel socioeconómico de obrero alcanzó n = 229 (59.7%) y de estos 209 (54.5%) no tuvieron depresión, con 20 (5.2%) si tuvieron depresión, enseguida del marginal con n = 113 (29.5%) de entre los cuales 96 (25%) sin depresión, y n=17 (4.5%) con depresión. (Cuadro 5).

Cuadro 5: Nivel socioeconómico de los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	SIN DEPRESIÓN N = 344		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Medio alto	4	1.0	2	0.5	6	1.5
Medio bajo	31	8.0	5	1.3	36	9.3
Obrero	209	54.5	20	5.2	229	59.7
Marginal	96	25.0	17	4.5	113	29.5

Fuente: Encuestas.

GRÁFICA 5. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL IMSS FRESNILLO ZAC 2003.



Fuente: Cuadro 5.

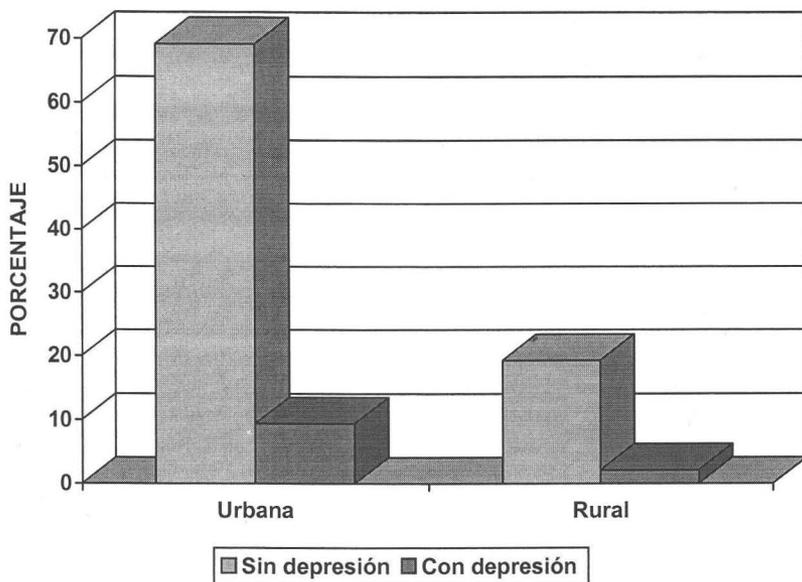
La residencia urbana fue del 78.5% (n = 302), sin depresión 266 (69.2%), con depresión 36 (9.4%). La residencia rural con 21.5% (n = 82), sin depresión 74 (19.3%), con depresión 8 (2.1%). (Cuadro 6)

Cuadro 6: Residencia de los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

RESIDENCIA	SINDEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Urbana	266	69.2	36	9.4	302	78.5
Rural	74	19.3	8	2.1	82	21.5

Fuente. Encuestas.

GRÁFICA 6. RESIDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL IMSS FRESNILLO ZAC. 2003



Fuente: Cuadro 6.

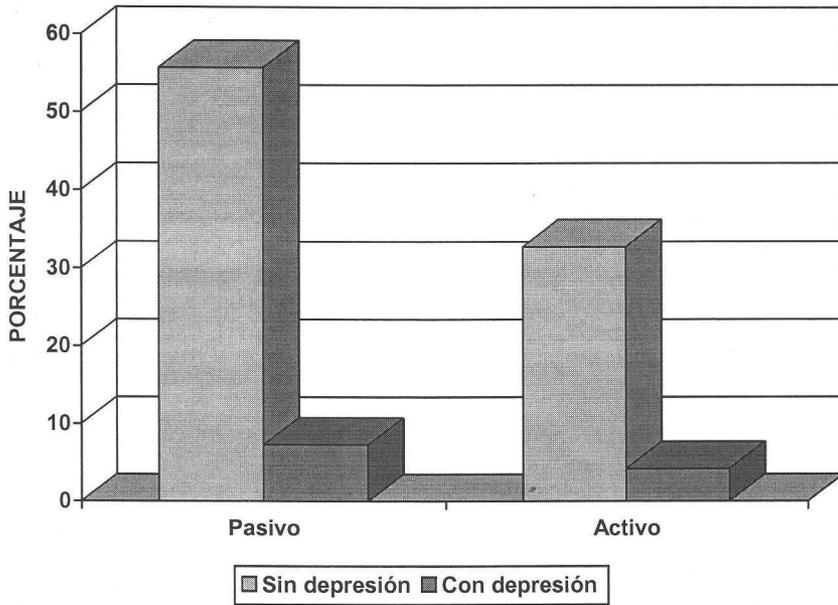
En la actividad física predominó el pasivo con 242 (63%) entre los cuales 214 (55.7 %) no tenían depresión, y un 28 (7.3 %) si tenían depresión. Los que si eran activos 142 (37%) de estos, 126 (32.8 %) sin depresión y 16 (4.2 %) con depresión. (Cuadro 7)

Cuadro 7: Actividad física de los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ACTIVIDAD FÍSICA	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Pasivo	214	55.7	28	7.3	242	63
Activo	126	32.8	16	4.2	142	37

Fuente: Encuestas.

GRÁFICA 7. ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL IMSS FRESNILLO ZAC. 2003



Fuente: Cuadro 7.

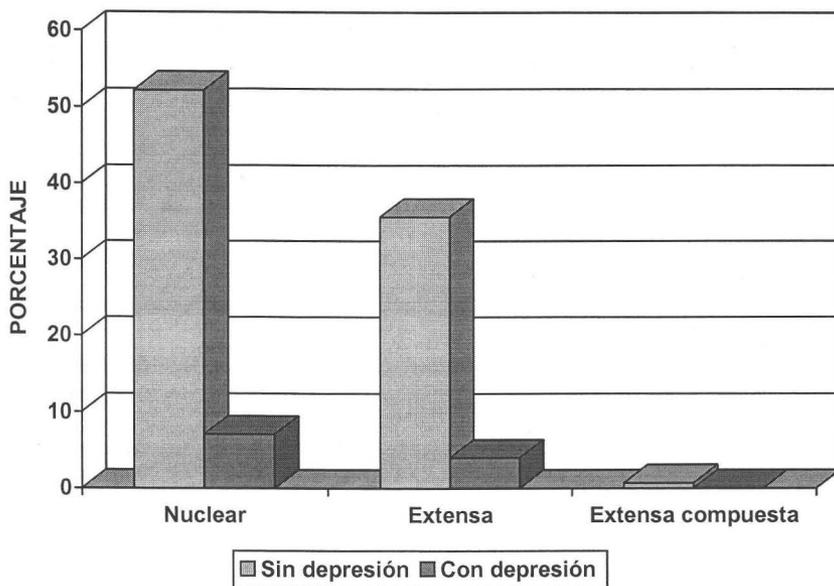
En el tipo de familia según su estructura la mayoría fue nuclear con 229 (59.7%) de las cuales 52.2% sin depresión y 7.5% con depresión; le siguió la familia extensa con 152 (39.6%) de los cuales 35.6% y 4% sin depresión y con de presión respectivamente. (Cuadro 8)

Cuadro 8: Del tipo de familia según su estructura de los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

FAMILIA SEGÚN SU ESTRUCTURA	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nuclear	200	52.2	29	7.5	229	59.7
Extensa	137	35.6	15	4.0	152	39.6
Extensa comp.	3	0.7	0	0.0	3	0.7

Fuente. Encuestas.

**GRÁFICA 8. LA FAMILIA SEGUN SU ESTRUCTURA DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMFF 55
DEL IMSS EN FRESNILLO ZAC. 2003**



Fuente: Cuadro 8.

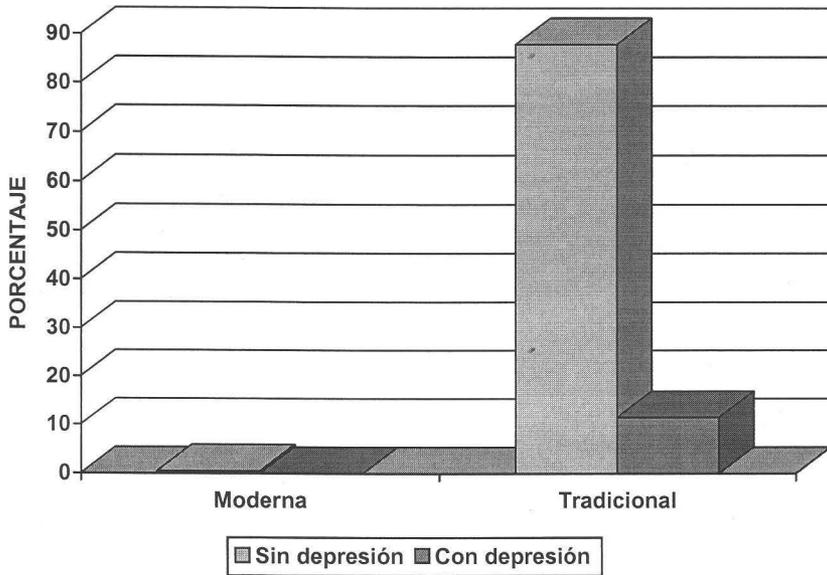
La familia según su desarrollo se encontró la tradicional con 382 (99.5%), con un 338 (88%) sin depresión, y 44 (11.5%) con depresión. (Cuadro 9)

Cuadro 9: Tipo de familia según su desarrollo en los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Moderna	2	0.5	0	0.0	2	0.5
Tradicional	338	88.0	44	11.5	382	99.5

Fuente: Encuestas.

**GRÁFICA 9. TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO EN
LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL
IMSS EN FRESNILLO ZAC. 2003**



Fuente: Cuadro 9.

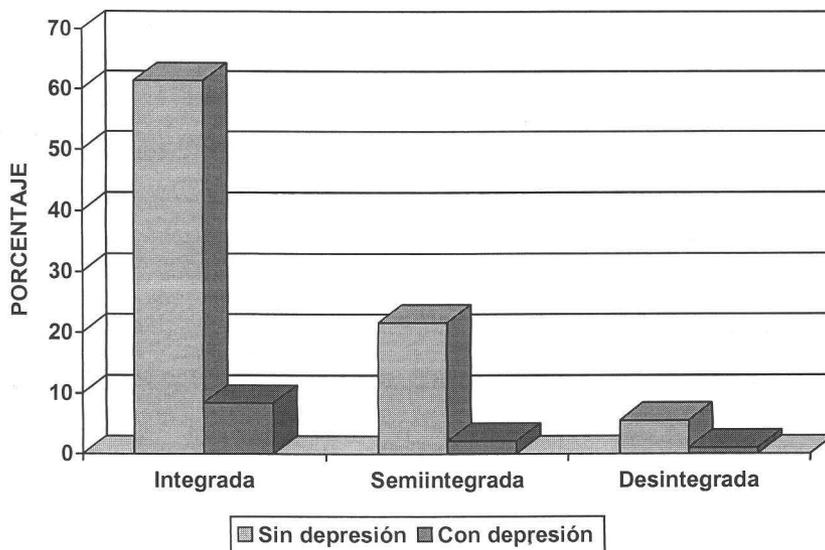
Respecto a la integración de la familia se ubico la mayoría en la integrada con 286 (69.7%), sin depresión 236 (61.4%) y con depresión 32 (8.4%); seguida de la semiintegrada con 91 (23.8%), sin depresión 83 (21.6%) y con depresión 8 (2.1%). (Cuadro 10)

Cuadro 10: Del tipo de familia según su Integración en los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

FAMILIAS SEGÚN SU INTEGRACION	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Integrada	236	61.4	32	8.4	286	69.7
Semintegrada	83	21.6	8	2.1	91	23.8
Desintegrada	21	5.5	4	1.0	25	6.5

Fuente. Encuestas.

**GRÁFICA 10. TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU INTEGRACIÓN EN
LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DE
FRESNILLO ZAC. 2003**



Fuente: Cuadro 10.

De los que presentaban adicciones de tabaco y/o alcohol 88 (22.9%), 76 (19.8%) cursaron sin depresión, y 22 (3.1%) con depresión. (Cuadro 11)

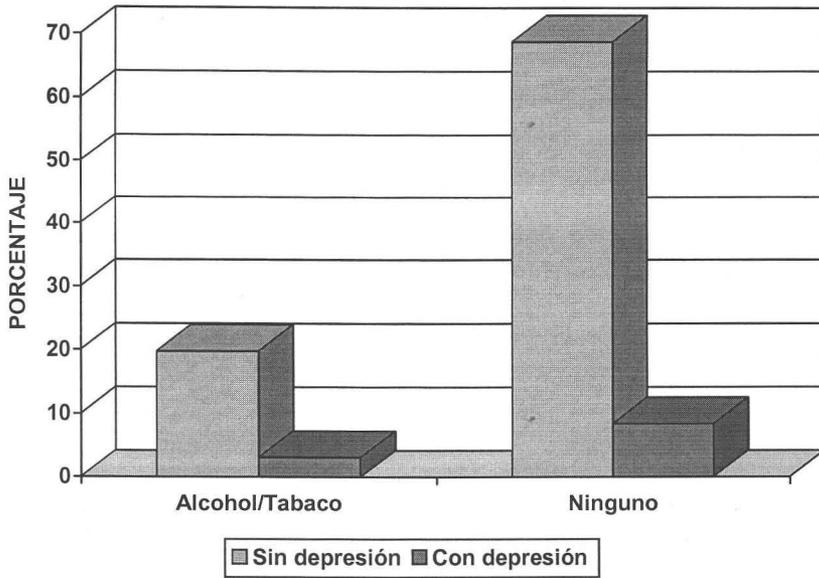
Cuadro 11: De las adicciones en los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ADICCIONES	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI*	76	19.8	12	3.1	88	22.9
NO	264	68.8	32	8.4	296	77.1

Fuente: Encuestas.

*Tabaco o alcohol.

GRÁFICA 11. ADICCIONES EN LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL IMSS DE FRESNILLO ZAC. 2003



Fuente: Cuadro 11.

Quienes padecían de enfermedades crónico-degenerativas, la hipertensión arterial y diabetes mellitas, fueron 200 (52.1%), sin depresión 178 (46.4%) y con depresión 22 (5.6%). (Cuadro 12).

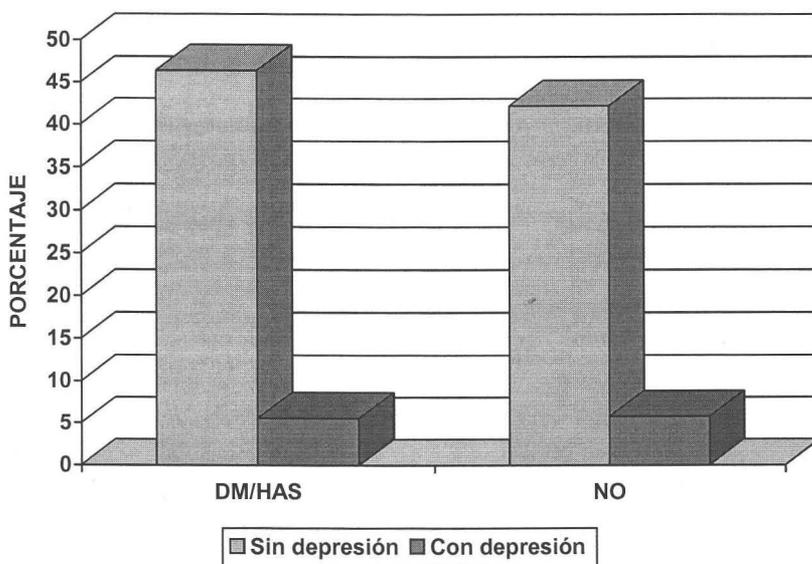
Cuadro 12: De las enfermedades crónicas degenerativas en los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

ENFERMEDADES CRÓNICO- DEGENERATIVAS	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI*	178	46.4	22	5.6	200	52.1
NO	162	42.2	22	5.8	184	47.9

Fuente. Encuestas.

*Diabetes y/o Hipertensión.

GRÁFICA 12. ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF DEL IMSS FRESNILLO ZAC. 2003



Fuente: Cuadro 12.

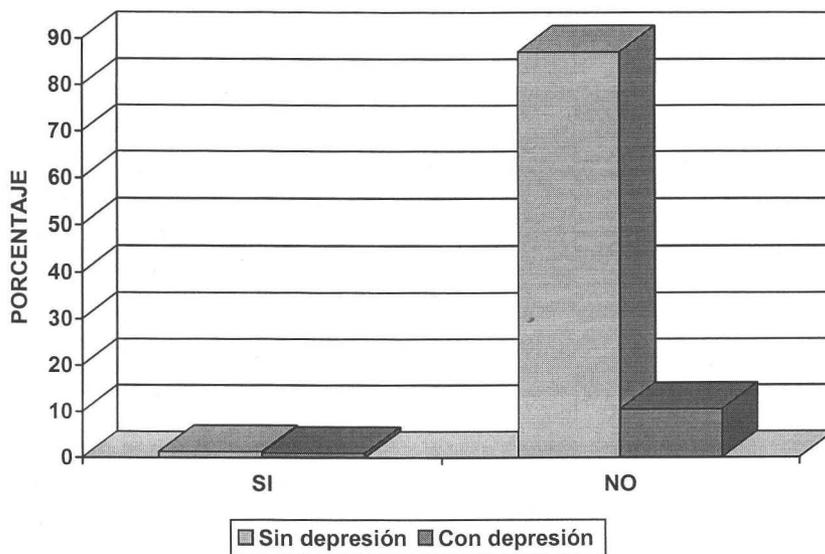
De los que presentaban algún tipo de neoplasias se encontraron 9 (2.3 %) de las cuales 5 (1.3%) no tuvieron y 4 (1%) si tienen depresión. (Cuadro 13)

Cuadro 13: De las Neoplasias en los pacientes mayores de 60 años estudiados en la UMF 55 del IMSS Fresnillo Zacatecas en el año 2003.

NEOPLASIAS	SIN DEPRESIÓN N = 340		CON DEPRESIÓN N = 44		TOTAL N = 384	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Si	5	1.3	4	1.0	9	2.3
No	335	87.2	40	10.5	375	97.7

Fuente: Encuestas.

GRÁFICA 13. NEOPLASIAS EN LOS ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55 DEL IMSS FRESNILLO ZAC. 2003



Fuente: Cuadro 13.

El único factor asociado a depresión en el adulto mayor con significancia estadística fue la presencia de algún tipo de neoplasia con razón de momios de 6.7, intervalo de confianza de 1.44 a 30.33 y valor $p < 0.001$. Otro que se insinuó con cierta asociación pero sin significancia estadística fue el presentar alguna enfermedad crónica degenerativa, diabetes mellitus o hipertensión arterial. El resto no presentó ninguna asociación. (Cuadro 14)

Cuadro 14. Factores asociados a depresión en el adulto mayor de la UMF No. 55 del

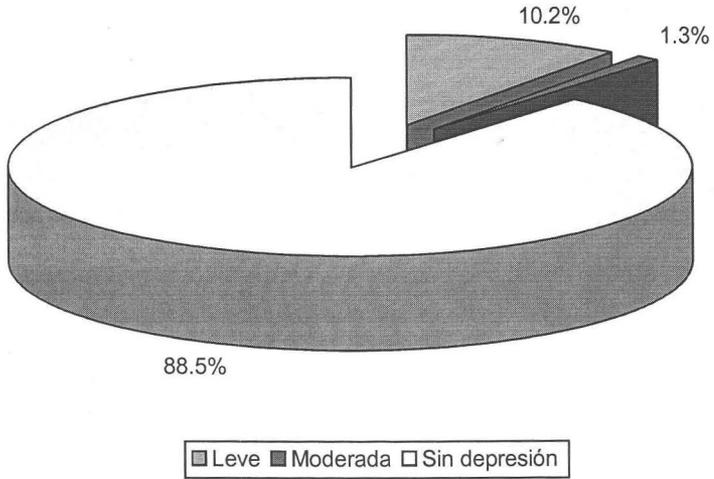
Factores	Con depresión	Sin depresión	RM	IC 95%	P*
Edad					
60-69	30	208	1.0	---	---
70 y más	14	132	0.74	0.36-1.50	0.367
Sexo					
Femenino	20	190	1.00	---	---
Masculino	24	150	1.52	0.77-2.99	0.191
Escolaridad					
Secundaria y más	5	23	1.0	---	---
Primaria y menos	39	317	1.77	0.55-5.28	0.205
Estado civil					
Sin pareja	11	102	1.0	---	---
Con pareja	33	238	1.29	0.60-2.82	0.493
Ocupación					
Con ocupación	32	247	1.0	---	---
Sin ocupación	12	93	1.0	0.47-2.16	0.991
Nivel socioeconómico					
Medio bajo y medio alto	7	35	1.0	---	---
Bajo y marginal	37	305	1.65	0.62-4.23	0.189
Residencia					
Rural	8	74	1.0	---	---
Urbana	36	266	1.25	0.53-3.06	0.585
Actividad física					
Si	16	126	1.0	---	---
No	28	214	1.03	0.51-2.08	0.928
Familia (estructura)					
Nuclear	29	200	1.0	---	---
Extensa y extensa compuesta	15	140	1.35	0.67-2.76	0.367
Familia (desarrollo)					
Tradicional	0	2	1.0	---	---
Moderna	44	338	---	---	---
Familia (integración)					
Integrada	40	319	1.0	---	---
Desintegrada	4	21	1.52	0.42-5.01	0.318
Adicciones					
Si	32	264	1.0	---	---
No	12	76	1.30	0.60-2.78	0.465
Enfermedades crónicas					
Si	7	96	1.0	---	---
No	37	244	2.08	0.85-5.31	0.082
Neoplasias					
No	40	335	1.0	---	---
Si	4	5	6.70	1.44-30.33	0.001*

IMSS.

Fuente: Encuestas.

*Prueba de X^2

**GRÁFICA 14. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS
ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS EN LA UMF 55
FRESNILLO ZAC. 2003**



Fuente: Encuestas.

8.- DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión encontrada en este estudio fue de 11.5 % inferior a la reportada en otros estudios que oscilan entre el 15.5% en Barcelona España,⁶ 36% en Veracruz México,⁸ 57.8% en Coatzacoalcos Veracruz México,⁹ hasta del 71% y 79.5% en la Cd. de México^{7,8,9}. Esta variación quizá no podemos afirmar que se deba por las características geográficas únicamente, sino por diferente tamaño de las muestras, y los instrumentos de medición utilizados fueron diferentes como la escala de Calderón Narváez, la escala de Yasavage y Brink y el Inventario de Depresión de Beck.

El único factor asociado a depresión en el adulto mayor con significancia estadística fue el padecer algún tipo de neoplasia con casi siete veces más que los que no la presentan. Esto es explicable por la noticia de padecerla y el saber que son enfermedades en la mayoría de los casos incurables. El padecer enfermedades crónicas se insinuó con una asociación de dos veces más, aunque sin significancia estadística, este fenómeno es explicado por la suma a las limitantes de la edad, las molestias de las enfermedades concomitantes.

En el resto de los factores estudiados no se encontró asociación. El sexo no presentó ninguna asociación, sin embargo la prevalencia encontrada fue mayor en el hombre (13.7%), y en la mujer (9.5%), diferente de lo reportado el hombre 6% y mujeres 12%⁴, no explicándonos este resultado inesperado.

Comparando las variables estudiadas en cuanto a la frecuencia de la depresión, tenemos que en la escolaridad primaria y menos fue un 10%, similar a lo reportado por Gabarrón Hortal y Cols.⁶ Esto se debe tal vez, que en los de mayor escolaridad estén concientes y mejor preparados para sobrellevar la vida diferente de esta edad.

En los pacientes con pareja fue del 8.6%, mayor que en los sin pareja 2.9%. Estos resultados también se asemejan a los descritos por Puig Nolasco y Cols¹⁰. Este

resultado también llama la atención, pues esperaríamos que las personas solas al no tener un apoyo conyugal presentaran depresión.

La mayor frecuencia entre quienes no trabajan (8.0% vs 3.5%), esto también es parecido a otros estudios,¹⁰ se debe probablemente a la preocupación económica para seguir subsistiendo y ya no poder efectuar ningún tipo de trabajo remunerativo.

También la mayor depresión es en el nivel socioeconómico obrero y marginal, (9.7% vs 1.8%), quizá se debe a que en los de estrato más alto, en cierto modo tienen resuelta la parte económica en esta fase de la vida con alguna pensión.

Los que residen en el área urbana fue más frecuente la depresión que en la rural (9.4% vs 2.15), tal vez se deba a que tienen que hacer mayores gastos, el ritmo de vida es más acelerado y se manifiesta más la desventaja física.

En quienes llevan una vida sin actividad física la prevalencia fue mayor (7.3% vs 4.2%), esto resalta el efecto benéfico en cierta medida del ejercicio, incluso en esta edad.

Dentro de las características familiares, en base a su estructura, en la familia nuclear fue el doble de depresión que en la extensa (7.5% vs 4.0%), igual a lo encontrado en el estudio de Puig y Cols.,¹⁰ esto se debe probablemente que al presentar un miembro de la familia más joven hay un motivo de distracción en la vida diaria. En base a su desarrollo, la tradicional con (11.5 % vs 0.0%), este resultado se debe a que casi la totalidad de familias eran de este tipo y solo dos casos son de familia moderna. Otro resultado inesperado fue la mayor depresión en familias integradas (8.4% vs 3.1%), ya que se espera que este tipo de familias deben tener mayor apoyo los adultos mayores, otra explicación puede ser que las familias desintegradas ya han creado sus propias herramientas para subsistir individualmente.

En quienes no tienen algún tipo de adicción la frecuencia fue mayor (8.4% vs 3.1%), tal vez las adicciones como el tabaco les siga sirviendo “para calmar los nervios”.

9. CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión en la población estudiada fue del 11.5%, menor que la mayoría de los estudios realizados en México. Los factores asociados a depresión en el adulto mayor con significancia estadística fue únicamente padecer algún tipo de neoplasias y se insinuó la asociación de enfermedades crónico-degenerativas tales como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial.

Los resultados de este estudio demuestra que existen factores asociados que se deberán tomar en los pacientes con trastornos depresivos, para su abordaje integral y continuo del individuo y la familia.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CD, Trastornos del estado de ánimo (monografía en CD-ROM). Patiño A, Bedoya A. CEMA Lundbeck Group. 4a ed. México: CEMA; 2003.
2. Requena E. Trastornos del estado de ánimo. Manual de Psicopatología Clínica. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 2000.
3. Apiquian R, Fresan A, Ulloa RE, García-Anaya M, Lóyzaga C, Nicolini H, Ortega-Soto H. Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión. *Sal Mental* 2001; 1 (24):25-7.
4. Heinze G. La depresión. PAC-MG 2: 2ª. ed. México (DF); libro No. 8 Psiquiatría: 1999-2000. p. 14-15.
5. Gutiérrez-Robledo LM. Problemas de salud mas frecuentes en los adultos mayores, PAC-MG 2: 2ª. ed. México (DF); libro No. 7 Geriatría: 1999-2000. p. 54-58.
6. Gabarron-Hortal E, Vidal-Royo JM. Haro-Abad JM. Boix-Soriano I. Jover-Blanca A. Arenas-Prat M. et. al. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Prim* 2002; 29 (6): 329-337.
7. Leyva-González FA, Mota-Velasco G, Salas Romero MF. Depresión en jubilados no activos. *Rev Med IMSS* 1995; 33:51-55.
8. Tapia-Mejía MS, Morales-Hernández JJ, Cruz- Ortega R, Rosa-Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Rev Enferm IMSS* 2000; 8:87-90.
9. Santillana-Hernández SP, Alvarado-Moctezuma LE. Depresión en población adulto mayor. *Rev Med IMSS* 1999; 37:111-115.
10. Puig-Nolasco A, Gómez A, Rodríguez-Guzmán LM, Pérez-Gutiérrez RE. Prevalencia y factores de riesgo de la depresión en el adulto mayor. 2004 Jul 21; 1-

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

3. Disponible en URL: <http://www.uv.mx/medmina/Feria/PresPuig.htm>. Acceso el 23 julio 2004.
11. Olmos-Rivera A, Méndez-Domínguez N, González RM, Rodríguez-Guzmán LM, Prevalencia de depresión en adultos mayores del sureste veracruzano. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. 5 de octubre 2003. Se encuentra en URL: <http://www.epi.org.mx>. Acceso 15 junio del 2004.
12. Talam. Trastorno mixto ansio-depresivo. Manual de Psicopatología Clínica, 1ª. ed. Barcelona: Paidós; 2000.
13. Salin-Pascal RJ. La Depresión en la practica del medico general. ADAMED-UNAM, 2002; (7) 17-8.
14. Martell G. Manejo y tratamiento de la depresión. Revista Sistema Educación Médica Continua para el Médico General y Familiar. Fascículo 1999; (1): 1 -11.
15. Conde Saba. Trastornos neuróticos en la vejez. Psicopatología asociada a la vejez. Manual de Psicopatología Clínica, 1ª. Ed. Barcelona: Paidos; 2000. p. 642-43.
16. Turon V, Jarne A. Trastorno de la Alimentación en la depresión. Manual de Psicopatología Clínica, 1ª. Ed. Barcelona: Paidos 2000. p. 146-47.
17. Manual Merk. Trastorno del estado de ánimo, 10ª. Ed. 2000. p.189-90.
18. Martínez MTB. Guía Diagnostica Terapéutica de los trastornos ansiosos. Rev Edu Sal 2002; 6 (61): 43-46.
19. Insomnio en la Tercera edad, Rev Bibl Med Gral 2002 mar 1; (7): 47-48.
20. Duración del tratamiento antidepressivo. Rev Bibl Med Gral. 2002 Oct 7; (8): 71.
21. Lara MA, Navarro C, Mondragón L, Rubí NA, Lara MC. Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. Sal Mental 2002; Dic 5 (6):14-15.

22. Es un Mito que el Hombre no se deprima. (Sitio en Internet) T1msmtusalud

vivirsindepresion.org. Disponible en URL:

<http://www.tlmsn.com.mx/salud/tusalud/art001tusaluhombredepre/?w=true>.

Acceso el 24 mayo 2004.

23. Depresión en grupos específicos. (Sitio en Internet) T1msmtusalud

vivirsindepresion.org. Disponible en:

http://www.vivirsindepresion.org/medico/depresion_grupos.asp. Acceso el 24 mayo

2004.

11. ANEXOS

11.1 Anexo 1.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL ZACATECAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 55

Hoja de recolección de datos

“FACTORES QUE CONDICIONAN DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR”

Fecha: _____

Folio: _____

1.-

Nombre _____

No. De Afiliación: _____ Consultorio y turno:

2.- Edad: 1) 60-69 2) 70 y más

3.- Sexo: 1) masculino 2) femenino

4.- Escolaridad: 1) Nula 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Profesional

5.- Estado civil: 1) Soltero/a 2) Casado/a 3) divorciado/a 4) Viudo/a 5) Unión libre

6) Separado/a

6.- Ocupación: 1) Ama de casa 2) Obrero 3) Empleado 4) Profesionista 5)

Pensionado

7.- Nivel socioeconómico: (Método de Graffar).

A.- Profesión del jefe de familia:

1.-Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas.

2.-Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.

3.-Empleado sin profesión, técnica definida, universidad inconclusa.

4.-Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.

5.-Obrero no especializado: servicio domestico, etc.

B.- Nivel de instrucción de la madre

1.- Universitario o equivalente.

2.- Enseñanza técnica superior o secundaria completa.

3.- Secundaria incompleta o técnica inferior (cursos cortos).

4.- Educación primaria completa.

5.- Primaria incompleta o analfabeta.

C.- Principal fuente de ingresos.

1.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, rifas, etc).

2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios profesionales (médicos, abogados, etc), deportistas profesionales.

3.- Sueldo quincenal o mensual.

4.- Salario diario o semanal.

5.- Ingresos de origen público o privado (subsidios).

D.- Condiciones de la vivienda.

1.- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitaria.

2.- Vivienda amplia sin lujos pero confortable y buenas condiciones sanitaria.

3.- Vivienda con espacio amplio o reducido pero confortable y buenas condiciones sanitaria.

4.- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanit.

sanit.

5.- Vivienda improvisada construida con materiales de deshechos o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

Total: _____

1.- Estrato alto (4-6)

2.- Medio alto (7-9)

3.-Medio bajo (10-12)

4.-Obrero (13-16).

5.- Marginal (17-20).

8.- Residencia: 1) Urbana 2) Rural.

9.- Actividad física: 1) Pasivo 2) Activo.

10.- Tipo de familia:

De acuerdo a su estructura 1) Nuclear 2) Extensa 3) Extensa compuesta.

De acuerdo a su desarrollo 1) Moderna 2) Tradicional.

De acuerdo a su integración 1) Integrada 2) Desintegrada.

11.- Adicciones: 1) Tabaquismo 2) Alcoholismo 3) Tabaquismo y alcoholismo 4)

Otros

5) Ninguno.

12.- Enfermedades médicas (referidas al momento): 1) Infecciosas 2) Traumáticas

3) Ninguna.

13.-Enfermedades crónico degenerativas: 1) Hipertensión arterial 2) Diabetes mellitus

3) Diabetes mellitus e Hipertensión 4) Artritis Reumatoide 5) Cardiopatía

Isquemica

6) Evento Vascular Cerebral 7) EPOC 8) Más de tres patologías 9)

Osteoartritis 10) Otros.

14.- Neoplasias (referidas al momento de la encuesta): 1) Si 2) No.

11.2. Anexo 2.

TEST DE ZUNG

SEÑALE LA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS 20 PREGUNTAS.
MUY POCAS VECES (1) ALGUNAS VECES (2) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO (3)
CONTINUAMENTE (4)

	SUMA
1.-Me siento abatido y melancólico	<input type="text"/>
2.-En la mañana me siento mejor	<input type="text"/>
3.-Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	<input type="text"/>
4.-Me cuesta dormirme en la noche	<input type="text"/>
5.-Como igual que antes solía hacerlo	<input type="text"/>
6.-Todavía disfruto de las relaciones sexuales	<input type="text"/>
7.-Noto que estoy perdiendo peso	<input type="text"/>
8.-Tengo molestias de constipación	<input type="text"/>
9.-El corazón me late mas aprisa que de costumbre	<input type="text"/>
10.-Me canso sin hacer nada	<input type="text"/>
11.-Tengo la mente tan calara como antes	<input type="text"/>
12.-Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	<input type="text"/>
13.-Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	<input type="text"/>
14.-Tengo esperanza en el futuro	<input type="text"/>
15.-Estoy mas irritable de lo usual	<input type="text"/>
16.-Me resulta fácil tomar decisiones	<input type="text"/>
17.-Siento que soy útil y necesario	<input type="text"/>
18.-Mi vida tiene bastante interés	<input type="text"/>
19.-Creo que les haría un favor a los demás muriéndome	<input type="text"/>
20.-Todavía disfruto las mismas cosas	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>

Normal 20-49

Leve 50-59

Moderada 60-69

Severa 70-80

11.3 Anexo 3.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“FACTORES QUE CONDICIONAN DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR”

Registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS en Fresnillo, Zacatecas.

El objetivo de este estudio es determinar los factores que condicionan depresión en el adulto mayor con la finalidad de conocer la prevalencia e incidencia de este padecimiento, así mismo otorgar el tratamiento oportuno.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la Institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Fresnillo. Zacatecas, a _____ de _____ del 2003.

Nombre y firma del paciente

Dr. Felipe Castañeda Ordaz
Mat.10193766

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma de testigo