

11226



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"DR. IGNACIO CHAVEZ"

FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD Y  
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE SUS FAMILIAS EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHAVEZ". I.S.S.S.T.E.

0352168

**T R A B A J O F I N A L**  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
**E S P E C I A L I S T A E N**  
**M E D I C I N A F A M I L I A R**  
P R E S E N T A :  
**DRA. MARIA GUADALUPE CASTRO SALERO**



**ISSSTE**

MEXICO, D.F.

2005

Número de registro: 254.2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD Y  
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE SUS FAMILIAS EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHAVEZ". I.S.S.S.T.E.**

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

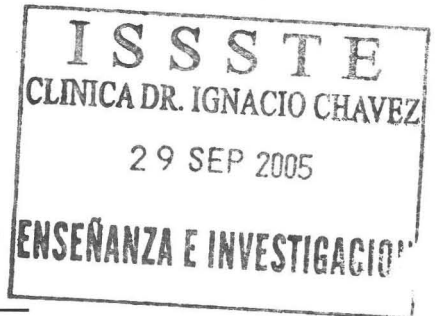
**PRESENTA:**

**DRA. MARIA GUADALUPE CASTRO SALERO**

**AUTORIZACIONES:**



**DRA CATALINA MONROY CABALLERO  
PROFESORA TITULAR Y JEFA DE ENSEÑANZA  
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR  
EN LA CLINICA "DR IGNACIO CHAVEZ"  
ASESORA DE TESIS**



**MEXICO, D.F. 2006**

**No.REGISTRO: 254.2005**

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

**NOMBRE:** DRA. CASTRO SALERO M.A. GUADALUPE E.  
**FECHA:** 20-Sept-05  
**FIRMA:** Guadalupe

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD Y  
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE SUS FAMILIAS EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHAVEZ". I.S.S.S.T.E.**

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


**PRESENTA:**

**DRA. MARIA GUADALUPE CASTRO SALERO**

**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 INVESTIGACION**  
**DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**U.N.A.M.**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
**COORDINADOR DE DOCENCIA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**U.N.A.M.**



**DIVISION DE ESPECIALIZACION**  
**COMISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**U.N.A.M.**

**AGRADECIMIENTOS.**

**A MIS PADRES:**

**A MI MAMA POR SER UNA GRAN Y EXELENTE AMIGA, POR SU APOYO SIEMPRE INCONDICIONAL, POR SU INFINITA PACIENCIA, QUE ME ENSEÑO A TENER FE Y ESTARÁ A MI LADO SIEMPRE ALEGRANDO MI VIDA CON SUS PALABRAS DE ALIENTO, PORQUE PARA TI NUNCA HAY IMPOSIBLES.**

**A MI PAPA QUE ME ENSEÑO A LUCHAR Y TENER SIEMPRE SEGURIDAD DE MI MISMA POR LO QUE SE QUIERE LOGRAR EN LA VIDA, POR TODO SU AMOR INCONDICIONAL Y SE QUE SIEMPRE ESTARAS CONMIGO GUIANDOME Y APOYANDOME**

**SIN USTEDES ESTE SUEÑO NO SERIA REALIDAD**

**DIOS LOS BENDIGA SIEMPRE  
SON TODO PARA MÍ  
LOS QUIERO MUCHO**

**MIL GRACIAS**

**A DIOS:**

**QUE ME HA PERMITIDO VIVIR Y LOGRAR TODOS MIS SUEÑOS, ILUSIONES Y METAS, QUE SIEMPRE ME HA ESCUCHADO, QUE ME ACOMPAÑA EN TODO MOMENTO Y QUE ME DA SIEMPRE UNA ESPERANZA PARA SEGUIR LUCHANDO E ILUMINA MI VIDA CON EXPERIENCIAS QUE POR MUY DIFÍCILES Y DOLOROSAS QUE SEAN ME HAN DADO FORTALEZA PARA CONTINUAR, Y POR CADA DÍA MARAVILLOSO LLENO DE ALEGRÍAS.**

**VIRGEN DE GUADALUPE:**

**NO TENGO PALABRAS PARA EXPRESARTE CUANTO TE AGRADEZCO ESTE MOMENTO DE FELICIDAD, LLENASTE MI VIDA DE MUCHAS ILUSIONES Y SUEÑOS QUE PENSABA QUE JAMÁS LLEGARÍAN, NUNCA DE TUS MANOS ME SUELTES, SI HAY ALGUIEN QUIEN SIEMPRE HA ESTADO A MI LADO ERES TÚ.**

**MIL GRACIAS CON TODO MI CARIÑO**

**JESUS:**

**POR TU GRAN AMOR, APOYO Y COMPAÑÍA EN ESTE CAMINO POR LA VIDA, POR SER TOLERANTE, PACIENTE Y COMPENSIVO, PORQUE ME ENSEÑO LO VITAL QUE ERA TENER SIEMPRE UNA SONRISA EN MI ROSTRO, LA ALEGRIA EN MIS OJOS Y LA LIBERTAD, POR TENER SIEMPRE UNA PALABRA DE ALIENTO EN TODO MOMENTO, Y PORQUE PESE A LO QUE PASE, SÉ QUE ESTARAS AHÍ SIEMPRE, ESTOY MUY ORGULLOSA DE TI, Y POR TODO AQUELLO QUE ME FALTA DECIRTE.**

**GRACIAS CON TODO MI CARIÑO  
POR COMPARTIR ESTA META Y UN SUEÑO MÁS HECHO REALIDAD. B**

**TE AMO**



**Dios me otorgo un regalo muy especial  
Que llena mi vida de nuevas esperanzas  
Me impulsa a seguir luchando  
Me brinda nuevas ilusiones  
Ilumina mi rostro con sus sonrisas.**

**Estoy muy orgullosa de ser privilegiada  
Contigo, te quiero mucho y espero nunca fallarte,  
Este es un logro para ti y espero compartir muchos más.**

**Me siento muy feliz hijo de que estés con nosotros  
Compartiendo momentos muy especiales  
Eres lo más maravilloso en nuestras vidas.  
Te amamos y te queremos muchísimo nuestro pequeño  
Bbsaurio, José de Jesús.**

**MAMA**



**A MIS HERMANOS (NAS):**

**POR SU APOYO Y ALEGRÍAS, PORQUE USTEDES SON UNA PARTE MUY IMPORTANTE PARA MI, ESTOY MUY ORGULLOSA Y ME SIENTO MUY AFORTUNADA DE TENER A UNOS ESPLÉNDIDOS AMIGOS INCONDICIONALES, SON UNA MARAVILLA, DESEO DE TODO CORAZÓN TRIUNFEN Y LOGREN TODO LO QUE ANHELAN, PUEDEN CON MUCHOS RETOS Y MÁS.**

**A MI ABUELITA:**

**CELIA POR TODAS SUS SABIAS Y ALEGRES PALABRAS, PORQUE SÉ QUE SIEMPRE ESTÁS MI LADO.  
TE EXTRAÑO MUCHO Y ESTE ES UN REGALO PARA TI**

**GRACIAS**

**A MIS TIOS:**

**POR SER UN EJEMPLO DE LUCHA CONSTANTE, PORQUE CREYERON EN MÍ, Y SIEMPRE TUVE SU APOYO INCONDICIONAL Y SU IMPULSO PARA SEGUIR ADELANTE SIN USTEDES NO HUBIERA LLEGADO HASTA ESTE MOMENTO SIN SUS CONSEJOS. NUNCA DEJEN DE FESTEJAR LOS MOMENTOS DE LA VIDA QUE SOLO HAY UNA.**

**A MIS PRIMOS (AS):**

**POR ENSEÑARME QUE NUNCA DEBO OLVIDAR QUE EXISTE UNA TIERNA NIÑA DENTRO DE MI, QUE SIEMPRE ME APOYARON CON UNA PALABRA DE ALIENTO. NUNCA DEJEN DE SOÑAR QUE ES LO MAS MARAVILLOSO QUE EXISTE.**

**ISABEL AYALA:**

**ERES UNA EXCELENTE Y GRAN AMIGA CON UN GRAN CORAZON DE LUCHA, QUE ME ENSEÑO QUE LO MAS IMPORTANTE PARA MI, DEBO SER YO. QUE LOGRES TUS METAS, TE LO MERECE ANIMO Y SIEMPRE ADELANTE. MIS MEJORES DESEOS.**

**A TODOS MIS COMPAÑEROS:**

**QUE POR LA VIDA HAN ESTADO PRESENTES, LUCHANDO, DISFRUTANDO, SUPERANDONOS, USTEDES ME ENSEÑARON QUE CADA DIA DEBE SER MEJOR QUE EL ANTERIOR Y POR TODOS LOS BUENOS Y EXCELENTES MOMENTOS QUE COMPARTIMOS.**

**CON TODO MI CARIÑO Y AGRADECIMIENTO  
GRACIAS**

**DRA SILVIA LANGRAVE:**

**TODO MI AGRADECIMIENTO INFINITO, POR TODAS SUS PALABRAS DE ALIENTO, PORQUE ME BRINDO UNA GRAN MANO AMIGA, POR TODO SU TIEMPO DEDICADO A TODOS NOSOTROS, PORQUE NUNCA HABIA CONOCIDO A ALGUEN QUE LE GUSTARA Y AMARA TANTO LA ESTADISTICA, QUE DIOS LE DE FORTALEZA Y SALUD ANTE TODO PARA CONTINUAR ESTA GRAN LABOR.**

**SIN SU ASESORAMIENTO AYUDA Y ANIMO NO HUBIERA LLEGADO ESTE MOMENTO QUE DESEO COMPARTIR CON USTED.**

**DRA MONROY CABALLERO:**

**POR TODA SU EXPERIENCIA Y ASESORAMIENTO, EN ESTE DIFICIL CAMINO, GRACIAS POR TODO EL APOYO INCONDICIONAL, Y POR QUE SIEMPRE NOS BRINDO UNA PALABRA DE ALIENTO Y ANIMOS PARA SEGUIR ADELANTE.**

**DRA BOSCHETTI:**

**POR TODA SU DEDICACION, GRAN SABIDURIA, POR SER UNA GRAN CONFIDENTE, PORQUE SIEMPRE NOS BRINDO UNA SONRISA, PALABRAS DE SUPERACION PARA SER MEJORES CADA DIA Y POR ENSEÑARME A QUE LO MAS IMPORTANTE ES EL CONOCIMIENTO Y SER HUMANO ANTE TODO.**

**DR DE LA CRUZ:**

**POR TODO SU ESFUERZO POR ENSEÑARNOS QUE SIEMPRE DEBEMOS SER LOS MEJORES Y SEGUROS DE NOSOTROS MISMOS.**

**MIL GRACIAS**

## RESUMEN.

**Objetivo:** Identificar la frecuencia de depresión en pacientes de la tercera edad y características sociodemográficas de sus familias.

**Diseño:** Estudio de tipo comparativo transversal, descriptivo y observacional.

**Material y Métodos:** Se realizaron 150 encuestas en ambos turnos, en ambos sexos donde se integró ficha de identificación, tipología familiar, y se aplicó la escala de Zung para Depresión, en los meses de julio y agosto 2005 en la Clínica Dr. Ignacio Chávez ISSSTE, la información se almaceno y analizó en el programa SPSS V12.

**Resultados:** Se encontró que 129 (86%) pacientes con depresión, el 67% de depresión afecto mas al sexo femenino, la edad mínima fue de 56 y la máxima de 91 años, el estado civil que predomino fue viudo, dentro de la ocupación un 36.7% no trabajaban y el 44% era pensionado o jubilado, que el 66% no pertenecía grupo de ayuda mutua, el 53.3% no realizaba actividad física, con la evaluación de la escala de Zung se encontraron que el 46% tenían depresión marcada, el 21 % depresión moderada y el 19% depresión grave. Se detectó sintomatología depresiva en el 60% pacientes que no se percibieron con depresión encontrando que tenían una evolución de mas de 6 meses el 19.3% , dentro de las principales manifestaciones estuvieron 48.5% tristeza y el 10% soledad y melancólicos; las causas principalmente fueron problemas personales y familiares, dentro de las características sociodemográficas de los pacientes deprimidos se encontró que sus familias eran extensas y monoparentales, tradicionales, obreras y en fase de retiro y muerte.

**CONCLUSIONES:** La población usuaria mayor de 56 años que asiste mas frecuentemente a la clínica es la del sexo femenino, dentro de la evaluación de las características sociodemográficas de las familias fueron similares las del grupo en general con el grupo de pacientes deprimidos ,el sexo en que predominó la depresión fue el femenino, y el grado de de depresión que predominò mas frecuente fue marcada seguida de la moderada y grave ,son factores protectores para la depresión que pueden contribuir a mejorar la misma: contar con redes de apoyo, como son la familia integrada y nuclear, tener un estilo de vida saludable como lo es tener una buena alimentación, realizar ejercicio, no adicciones, pertenecer a un grupo de ayuda mutua. Son factores de riesgo para la depresión: vivir solos, si conviven con su familia, no contar con su apoyo familiar aunque vivan en familia, la presencia de enfermedades cronicodegenerativas, el cursar con crisis familiares, no realizar actividades físicas, no integrarse a grupos de ayuda mutua, de los pacientes deprimidos. que no se percibieron como tales se observó un porcentaje alto, si los pacientes estando deprimidos no se dan cuenta es difícil que el médico detecte la depresión espontáneamente.

Otras características que predominaron en los pacientes deprimidos: viudez, vivir solos, no tener una actividad económica remunerada no realizar ejercicio y no pertenecer a un grupo de ayuda mutua.

La depresión en pacientes de la tercera edad es mas frecuente de lo esperado.

## **SUMMARY.**

**Objective:** To identify the frequency of depression in patients of the third age and sociodemographics characteristics of its families.

**Design:** Study of cross-sectional, descriptive and observational type comparative.

**Material and Methods:** 150 surveys were made in both turns, in both sexes where card of identification, integrated typology, and I applied the scale of Zung for Depression, in the months of July and August 2005 in the Clinical Dr Ignacio Chavez ISSSTE, the information I store myself and analyzed in program SPSS V12.

**Results:** One was that 67% of depression to affected more to feminine sex, the minimum age were of 56 and the maxim of 91 years, the civil state that predominate was widower, within the occupation 36,7% did not work and 44% were pensioner or pensioner, who 66% did not belong group of mutual aid, the 53,3% did not make physical activity, with the evaluation of the scale of Zung were that 46% had marked depression, the moderate 21depresión and 19% serious depression. Detected himself that 60% patients who did not perceive themselves with depression had some degree of depression, who they perceived to be gotten depressed had evolution the 19.3% too much of 6 months, within the main manifestations were sad 48,5% and single and melancholic 10%, the causes mainly were personal and familiar problems, within the sociodemographics characteristics of the depressed patients were extensive and monoparentals, traditional, working families and in phase of retirement and death.

**CONCLUSIONS:** The greater usuary population of 56 years than attends more frequently to the clinic is the feminine sex, within the evaluation of the sociodemographics characteristics of the families was similar those of the group in general with the group of depressed patients, in which predominate the depression was the feminine one, the depression degree that the sex predominate it was marked followed of the moderate one and it burdens, are protective factors for the depression that can contribute to improve to same, count with support networks mainly the integrated and nuclear family, have a style of healthful life as it is it to have a good feeding, to make exercise, nonaddictions, belong to a group of mutual aid, are factors of risk to depression living single, if they coexist with his family not to be able to count on his support, the presence of choronicdegeneratives diseases, attending with familiar crises, not to make physical activities, not to integrate themselves to groups of mutual aid, of the depressed patients who did not perceive themselves as such a high percentage were observed, if the patients being gotten depressed do not realize is difficult that the doctor detects the depression spontaneously. Of the depressed patients the identified problems were: to be widower, to live single, not to have an economically remunerated activity, not to make exercise, did not belong to a group of mutual aid. The depression in patients of the third age is more frequent of the awaited thing.

INDICE

CAPITULOS

PAGS.

1	Marco Teórico	1
1.1	Introducción	1
1.1.1	Antecedentes de Depresión	2
1.1.2	Clasificación de las Enfermedades Depresivas	4
1.1.3	Clasificación de los Trastornos Afectivos en el DSM IV -6	6
1.1.4	Epidemiología	7
1.1.5	Factores Biológicos	8
1.1.6	Factores Psicosociales	11
1.1.7	Causas Ecológicas	14
1.1.8	Causas Sociales	14
1.1.9	Depresión y Edad Avanzada	14
1.1.10	Diagnostico de Depresión	14
1.1.10.1	Instrumentos o Escalas de Medición	16
1.1.10.2	Como usar la escala AMD (de zung)	17
1.1.10.3	Interpretación de las Calificaciones de la Escala de AMD.	17
1.1.10.4	Errores que conducen al Fracaso en el Diagnostico	18
1.1.10.5	Otros instrumentos de evaluación.	18
1.1.11	Tratamiento	20
1.1.11.1	Hospitalización	21
1.1.11.2	Psicoterapias	21
1.1.11.3	Terapia Familiar	23
1.1.11.4	Combinación de Terapia y Medicación	23
1.1.11.5	Terapia Electroconvulsiva	23
1.1.11.6	Antidepresores Tricíclicos	24
1.1.11.7	Inhibidores de la Monoaminoxidasa	24
1.1.11.8	Litio	24
1.1.11.9	Predictores de la respuesta terapéutica	24
1.1.11.10	Efectos colaterales del tratamiento farmacológico	26
1.1.11.11	Evaluación del tratamiento	26
1.1.12	Curso y pronostico de la Depresión	26
1.1.13	Prevención de la Depresión	27
1.1.14	Aspectos biológicos del envejecimiento	28
1.1.14.1	Teorías del envejecimiento	28
1.1.14.2	Cambios degenerativos celulares	29
1.1.14.3	Cambios en la actividad física	30
1.1.14.4	Cambios en los procesos homeostáticos	31
1.1.14.5	Cambios en la regulación del volumen líquido	31
1.1.15	Psicología de la senectud	32
1.1.15.1	Personalidad del anciano y su entorno sociocultural	32
1.1.15.2	Cambios objetivos del ritmo de vida con la edad	33
1.1.15.3	Condicionamientos de la personalidad del anciano	33
1.1.15.4	Perfil psicotipo prevalente en la tercera edad	35
1.1.15.5	Espacio personal del anciano	35
1.1.15.6	Organización proxemica del anciano	36
1.1.15.7	La familia en la enfermedad	37

1.2	Planteamiento del Problema	40
1.3	Justificación	41
1.4	Objetivos Generales y Específicos	42
2	<b>Material y Métodos</b>	<b>43</b>
2.1	Tipo de Estudio	43
2.3	Población, lugar y tiempo de realización del estudio	44
2.4	Muestra	44
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	44
2.6	Variables (tipo y escala de medición)	45
2.7	Definición conceptual y operativa de las variables	46
2.8	Diseño estadístico	48
2.9	Instrumentos de recolección de datos	48
2.10	Método de recolección de datos	48
2.11	Maniobras para evitar o controlar sesgos	48
2.12	Prueba piloto	49
2.13	Procedimientos estadísticos	49
2.13.1	Plan de codificación de datos	49
2.13.2	Diseño y construcción de la base de datos	49
2.13.3	Análisis estadístico de los datos	53
2.14	Cronograma	53
2.15	Recursos humanos, materiales, físicos y Financiamiento del estudio.	53
2.16	Consideraciones Éticas	54
3	<b>Resultados</b>	<b>55</b>
4	<b>Discusión</b>	<b>76</b>
4.1	Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil Profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina familiar.	78
5	<b>Conclusiones</b>	<b>79</b>
5.1	Propuestas	80
6	<b>Referencias</b>	<b>81</b>
7	<b>Anexos</b>	<b>83</b>
7.1	Anexo 1 Consentimiento de participación voluntaria	83
7.2	Anexo 2 Ficha de Identificación	84
7.3	Anexo 3 Escala de zung para Depresión	85
7.4	Anexo 4 Protocolo de la escala de zung grados de Depresión	86
7.5	Anexo 5 Sintomatología del estado depresivo en correlación con la escala de AMD.	87

## 1 MARCO TEORICO

### 1.1 INTRODUCCION

La Depresión es un problema medico de siglos, que se ha incrementado en los últimos años, se considera como uno de los problemas mas frecuentes de Salud Publica.

El envejecimiento se considera como un fenómeno reciente por sus repercusiones a nivel individual y colectivo. Se habla ahora de que la población esta envejeciendo y también de un nuevo acontecimiento que es el propio envejecimiento de los ancianos. Estos fenómenos son característicos de los países mas industrializados, sin embargo en México, al igual que en muchos otros países en desarrollo, estos cambios se están generando de manera muy acelerada y se comienza a vivir sus consecuencias.

Los cambios físicos que ocurren en el envejecimiento han sido confundidos a través del tiempo con signos y síntomas de entidades nosológicas, por lo que el adecuado conocimiento de estos cambios en el organismo permitirá al medico familiar dilucidar entre lo normal y patológico.

El curso de salud del anciano pretende dar este enfoque en donde además se incorpora una nueva visión que va desechando mitos y creencias equivocadas acerca de la vejez, y se destaca la importancia de la prevención para llegar a un envejecimiento exitoso.

Anteriormente por la diversidad del cuadro clínico, la Depresión pasaba prácticamente inadvertida por el Medico, quien no tomaba en cuenta su diagnostico; actualmente sale del marco de la Salud Mental o de la Psiquiatría, para quedar colocada en el campo de la Medicina General y Familiar y de la Salud Publica.

Expertos internacionales consideran que de 100 a 200 millones de seres humanos padecen hoy en día Depresión, quizá como resultado de la influencia de la moderna, modificando en forma importante el ambiente social.



### 1.1.1 ANTECEDENTES DE LA DEPRESION

**DEFINICION:** Depresión (del latín *Depressio- onis*), “Estado de abatimiento que imposibilita para la acción”, puede dar síntomas físicos y psíquicos.

El termino Depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes o desordenes de la Afectividad.

Este término tiene diferentes significados en los diversos ámbitos científicos, como la Neurofisiología, la Farmacología, la Psicología y la Psiquiatría.

Para el Psicólogo, la depresión se refiere a cualquier decremento del rendimiento cognitivo, perceptivo, o motor normal. Para el Psiquiatra clínico, la Depresión cubre una amplia gama de cambios en los estados emocionales, que en los términos de gravedad van desde las fluctuaciones normales del humor en la vida cotidiana, hasta episodios psicóticos graves.

En general al Depresión es un trastorno persistente del estado de animo o humor, caracterizado por tristeza, temor, angustia, indiferencia, pesimismo, irritabilidad, lentitud para pensar y disminución de la autoestima, lo cual repercute en síntomas físicos y/o psíquicos.

Es un trastorno afectivo que se caracteriza por visión sombría del entorno y de sí mismo.

Se puede decir que la Depresión es el resultado de determinadas fuerzas biológicas, sociales que en un medio complejo, actúan en forma nociva sobre el funcionamiento del Sistema Nervioso de una persona; a su vez, la alteración depresiva cambia en forma negativa el comportamiento de la persona, el contenido de sus sentimientos y de sus pensamientos. Es frecuente que la persona afectada pierda el apetito y tenga insomnio o despierte muy temprano. Otro autor menciona que la vivencia depresiva es indefinible, parece consistir en una mezcla de tristeza, amargura, congoja, desesperanza, apatía, conciencia de incapacidad, sentimientos de culpa, con algunas de estas sensaciones en el grado máximo de intensidad. Si los síntomas son severos, la persona no puede enfrentar sus responsabilidades diarias y puede perder el deseo de vivir.

La Depresión se presenta en cerca del 45% de la población, aun cuando es frecuente que no se le reconozca. Una proporción de pacientes deprimidos esta más conciente de algún síntoma físico, como dispepsias, aceleración de los latidos cardiacos y agotamiento intenso, entre otros, que del estado mental.

Se dice que existe depresión cuando la intensidad y duración del bajo estado de ánimo altera seriamente el funcionamiento normal y la conducta del paciente.

El estado depresivo es un padecimiento que ha acompañado al hombre desde su inicio en este planeta, ya que se relaciona esta patología con los sentimientos inherentes al mismo hombre.

Desde la época de los Griegos, ya se mencionaban estados de tristeza, melancolía inmotivada, ansiedad, hostilidad y odio a sus semejantes y un deseo intenso de morir (18).

Hipócrates (460-355 a.C.) consideraba desde el punto de vista médico, tres enfermedades mentales básicas, o tres formas de “locura”, que eran: la melancolía, la frenitis y la manía; y que

los trastornos que hoy se denominan psiquiátricos tenían su origen en la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era ocasionada por la bilis negra.(18).

En la edad media y hasta el siglo XII, el término “melancolía” se asociaba con la pereza y la holgazanería, y por lo tanto a un estado pecaminoso. En los siglos XIII y XIV, fue fundamental la influencia de la obra de Santo Tomas de Aquino, quien sostenía que las enfermedades mentales tenían su origen, en la influencia de los demonios y de los astros (18).

En los siglos XV y XVI, la melancolía vuelve a considerarse un estado patológico, en el que los síntomas predominantes eran la tristeza, la desesperanza y el desaliento. (18).

En el siglo XVII, Bonetus, menciona el concepto de melancolía- manía o “maniacomelancolicus”, que en la terminología posterior se utilizaría como maniaco- depresivo (18).

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel (18), mencionó que los pensamientos de los melancólicos estaban relacionados directamente a la concentración de su interés en un objeto (obsesión) y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente alteradas y se consideraba como posible etiología a factores psicológicos y en segundo lugar a factores físicos. Es a partir de fines del siglo XIX cuando los estudios sobre la melancolía se enfocaron a dos puntos básicos, el biológico y el hereditario (8). En la actualidad para conceptualizar en psiquiatría el término depresión se deben considerar factores biológicos, genéticos, sociales, psiquiátricos y en un momento dado, lleva implícito tres significados, que puede referirse a un síntoma, a un síndrome y también a una entidad nosológica (3).

Un elemento esencial en el Síndrome Depresivo es el descenso del humor (timia) que termina siendo triste. Alrededor de este síntoma se agrupan otros síntomas que han podido justificar la descripción del Síndrome e incluso la entidad patológica, por lo tanto, se encuentran añadidos a los trastornos del humor, otros dos fenómenos: la inhibición y el dolor moral.

La inhibición es una especie de entretencimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre si mismo y le empuja a rehuir a los demás y las relaciones con los otros. Subjetivamente, el enfermo experimenta una lasitud moral, una dificultada para pensar, para evocar (trastornos de la memoria), una fatiga psíquica. Paralelamente a esto presenta una astenia física, y un entretencimiento de la actividad motriz que se asocian con otros malestares somáticos variados en relación con perturbaciones neurovegetativas. Sabemos que la reacción de inhibición puede ser una reacción normal en un sujeto sano como consecuencia de un acontecimiento muy penoso (duelo normal) No es mas que la exageración, no la prolongación de este estado lo que lo convierte en patológico (4).

El tercer síntoma, el dolor moral, se expresa en su forma más elemental por un auto depreciación que puede encaminarse bastante pronto hacia un auto acusación, un auto punición, un sentimiento de culpabilidad. Parece que de los estados depresivos y especialmente el síntoma de auto acusación, esta determinado por un factor cultural y por esta razón en las comunidades primitivas de África, este síntoma estaría prácticamente ausente, mientras que en su lugar se encuentran numerosos síntomas hipocondríacos (4).

Hay que hacer reasaltar la importancia considerable que tienen los trastornos somáticos: cefaleas, algias diversas, sensaciones de ahogo, palpitaciones cardiacas, dolores vertebrales o articulares, trastornos digestivos, constipación, etc. Es posible incluso que estos trastornos adquieran una importancia tal que el estado depresivo quede enmascarado por las quejas somáticas (3).

Entonces sólo cabe un examen clínico muy minucioso que permita establecer que los trastornos de que se queja el sujeto no son de etiología orgánica, sino que expresan un estado depresivo. (3).

Desde principios de siglo se han hecho diversos intentos de clasificar las depresiones, al grado de haber sido justificadas, en diferentes clasificaciones. "Parecía que cada país tenía su propio estilo, moda versión, acerca de lo que se pensaba significaba la depresión (17).

Posteriormente se han ido logrando varios acuerdos internacionales al respecto, aunque desde luego no se ha llegado a unificar criterios. La clasificación mas ampliamente aceptada en la actualidad es la propuesta en el DSM IV (7).

Es claro que en los estados depresivos, pueden considerarse varios criterios, así las depresiones pueden distinguirse por su etiología, por su gravedad, la edad en que se presentan, su evolución, y su respuesta al tratamiento, etc. (3)

Según los criterios que se utilicen, algunas más útiles, otras menos. Por ejemplo, si el criterio es la edad del paciente, se dividirán en: infantiles, del adulto e involutivas, si es la causa inmediata, en psicógenas y somatogenas etc. Aplicando un criterio "practicó", Poldinger (22), las clasifica en depresiones fácilmente reconocibles y depresiones enmascaradas. El aspecto de la gravedad es considerado de gran importancia por el DSM IV, que distingue el Episodio Depresivo Mayor (Grave) del distímico (Leve) (7).

Una distinción que ya cuenta con cierta tradición, y que todavía en la actualidad aplican muchos psiquiatras, es la Endógena- Reactiva (3), siendo la primera aquella causada por factores de tipo interno o Psicobiológico, sin acontecimientos externos desencadenantes, mientras que la segunda llamada también exogena, es causada por acontecimientos externos: como un trauma psíquico, una enfermedad, etc. Kiloh y Garside establecieron los distintos aspectos de cada una, descritos de la siguiente manera: Depresión Endógena y Depresión Reactiva (3).

### 1.1.2 CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES AFECTIVAS

#### DEPRESION ENDOGENA:

- Duración menor de un año
- Edad madura
- Historia de depresiones anteriores
- Empeoramiento por la mañana
- Insomnio tardío
- Inhibición psicomotriz
- Pérdida de peso
- Dificultad de concentración

#### DEPRESION REACTIVA:

- Duración variable
- Joven
- Hecho externo causal
- Empeoran por la tarde
- Insomnio precoz
- Sentimiento de dignidad
- Personalidad neurótica

Sin embargo, se ha considerado que hay muy pocas clasificaciones que se encuentran en alguna parte de la escala cuyos extremos estarían constituidos por las depresiones endógenas y reactiva, respectivamente (3).

Bajo los mismos criterios de distinción, se ha hablado de una depresión "psicótica" (la endógena) y una "neurótica" (la reactiva) (9). En la actualidad poco se utilizan estas denominaciones en el lenguaje especializado, ya que "psicótico" se emplea para designar una alteración mental importante en la que se presentan delirios, alucinaciones, trastornos considerables del juicio, etc. Esto solo estaría presente en algunas depresiones graves. Por otro lado, el término "neurótico" ha sufrido un desgaste por su tan frecuente empleo ordinario, no siempre correcto, pero invariablemente peyorativo, de tal modo que ha parecido más beneficioso relegarlo del uso científico (3).

En 1957 se propuso la dicotomía "Depresión unipolar, Depresión bipolar" (9), que es ampliamente utilizada en la actualidad. La primera es la sufrida por enfermos que solo presentan el Síndrome una o más veces en su vida como única alteración mental. La segunda es la sufrida por los que presentan cíclicamente periodos depresivos y maníacos. La enfermedad bipolar presenta mayor evidencia de factores genéticos, los pacientes empiezan a padecer el trastorno más precozmente y, especialmente, responden a tratamientos diferentes. Es bastante menos frecuente que la unipolar. (3).

Otra clasificación que se ha trazado en el concepto que nos ocupa es aquella depresión primaria y secundaria. Los criterios que se aplican son: el tiempo de aparición y la presencia o ausencia de otras enfermedades. La primaria es la que acontece a un individuo sin antecedente de otras patologías psiquiátricas. La secundaria es la que ocurre en personas con antecedentes patológicos psiquiátricos u orgánicos que podrían precipitar un síndrome depresivo (cáncer, esclerosos múltiple, hipotiroidismo, etc. (3).

Esta es una distinción que vale la pena tener en cuenta en el diagnóstico y evidentemente en el tratamiento. Cabe hacer notar que el DSM IV, considera que las llamadas "depresiones secundarias" no pueden diagnosticarse simplemente como una "enfermedad depresiva ya que es claro que la enfermedad es otra, orgánica o psiquiátrica, y por ende el diagnóstico preciso y el tratamiento debe enfocarse en la dirección correcta, no en una de sus consecuencias. Por supuesto, la presencia de un padecimiento determinado en un sujeto no excluye la posibilidad de otra enfermedad concomitante.

### 1.1.3 CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS AFECTIVOS DE ACUERDO AL DSM IV

#### I.- TRANSTORNOS AFECTIVOS MAYORES

- A) TRANSTORNO BIPOLAR
  - MANIACO
  - DEPRESIVO
  - MIXTO
- B) TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR
  - 1ER EPISODIO
  - RECURRENTE

#### II.- OTROS TRANSTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS

- A) TRANSTORNOS CICLOTIMICOS
- B) TRANSTORNOS DISTIMICOS

#### III.-TRANSTORNOS AFECTIVOS ATIPICOS

Ahora bien, los problemas adaptativos ya no entran en la clasificación de los trastornos afectivos, sino que constituyen otro tipo de desorden mental, siendo el riesgo esencial una reacción desadaptativa ante un estrés psicosocial identificable". Dentro de este trastorno se clasifican otros, como son: estado de ánimo deprimido, llanto y desesperanza. El diagnóstico diferencial debe efectuarse con la depresión mayor y el duelo no complicado. (17).

En el Trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos (depresión, ansiedad, etc.) debe efectuarse el diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos y ansiosos. En el trastorno con inhibición laboral o académica existe también frecuentemente depresión. Entre los ejemplos se cita la incapacidad para estudiar o para escribir artículos. (17).

La depresión rivaliza con la ansiedad como la categoría más importante y completa en la psicopatología. Es un síntoma neurótico y es la característica sobresaliente de tres psicosis: psicosis maniaco depresiva, melancolía involutiva, y reacción psicótica (17).

Regularmente la depresión acompaña a la enfermedad orgánica grave y puede considerarse una respuesta normal a las desventuras de la vida.

La patología depresiva ligera se manifiesta principalmente por una pérdida del interés agradable en los asuntos habituales de la vida. Se pierde la espontaneidad, todo requiere un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes. Uno no se siente enfermo orgánicamente pero tampoco se siente a gusto ni bien. Una persona con depresión ligera como la mencionada hace su trabajo, se enfrenta a sus obligaciones y parece normal a sus conocidos. Sin embargo, para él, y para su amigos íntimos, algo ha cambiado. (3)(27).

En la depresión mas intensa el paciente se encuentra fuertemente abatido o se siente físicamente enfermo o ambos. Por lo general esta sombrío, desesperado, desvalido y carente de autoestima. Su raciocino, verbalizacion y movimientos se hayan retardados, o se puede encontrar tenso, hiperalerta o intranquilo (agitación o ansiedad). El paciente deprimido agitado probablemente se queje interminablemente acerca de dolores y achaques, fatiga, sentimientos de desmerecimiento o temores de culpa. Si la depresión es de intensidad psicótica, el paciente realmente puede creer que las cosas están tan mal como las siente y puede representar ideas delirantes a menudo complicadas, de naturaleza hipocondríaca. (17).

De los numerosos síntomas físicos, el insomnio es el más prominente (4). Los estudios de EEG en pacientes deprimidos confirmar que ellos tienden a presentar una proporción mas elevada de sueño ligero o inquieto y un periodo mas corto de sueño total. En las depresiones más intensas los pacientes despiertan más temprano solo después del sueño necesario para atenuar su agotamiento. Estas vigiliás solitarias en las horas de la madrugada son con frecuencia las horas de desesperación más profunda. (17).

Existen síndromes neuróticos que abarcan a la depresión con un problema de hipersomnio. Sin embargo, en la depresión intensa, lo inverso es la regla. (4).

La anorexia y la perdida de peso son también característicos (4). La pérdida involuntaria de 3 o mas kilos en un mes ha sido sugerida por algunos autores como un criterio diagnostico de depresión intensa. Se presentan muchos otros síntomas en la depresión, en especial dolor de origen oscuro, síntomas gastrointestinales, irregularidades menstruales y toda una gama de trastornos psicofisiológicos. Se describe como un síntoma clásico la perdida de interés sexual. Resumiendo, los 4 apetitos se hayan deteriorado: sueño, hambre sexo y actividad. (3).

Aunque la depresión ha sido reconocida como un síndrome clínico desde tiempos inmemorables, continúa el debate de si es una enfermedad aislada bien definida de intensidad variable o una categoría mixta de trastornos cualitativos diferentes. (3).

#### 1.1.4 EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos afectivos figuran dentro de los padecimientos psiquiátricos mas frecuentes en los adultos sin embargo esto no confirma los registros derivados.

La incidencia se deriva de casos nuevos, y la prevalencia al número total de casos al año hallados en un determinado momento o lapso de tiempo.

Un factor de riesgo es cualquiera que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno determinado. La expectativa de por vida a desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es del 20% para las mujeres y del 10% para los hombres. En las naciones occidentales, si limitamos la atención al trastorno bipolar, la expectativa de vida es de alrededor de del 1% para ambos sexos. Sin embargo, si se incluyen depresiones de todo tipo ampliamente definidas, las tasas de expectativas aumentan notablemente, alcanzando hasta un 30% en algunas estimaciones.

Una considerable proporción de personas con depresión no van al médico, En todas las categorías de la depresión, solo el 20 al 25% de las personas deprimidas reciben tratamiento.

## SEXO

Una tendencia casi universal, independientemente del país, es la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres que entre los hombres. Siendo dos veces mayor en ellas, por razones que no están del todo claras. Algunas explicaciones incluyen el estrés, el parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales. Aunque los trastornos bipolares, los índices son aproximadamente iguales entre ambos sexos.

## CLASE SOCIAL

En el trastorno bipolar parece una incidencia ligeramente superior en los estratos socioeconómicos superiores que en las demás clases. La depresión mayor no tiene correlación con la clase social.

## ESTADO CIVIL

Los índices de ingresos hospitalarios por trastornos afectivos son ligeramente superiores a lo normal entre quienes carecen de relaciones íntimas con otras personas o que están solteros o divorciados. El trastorno bipolar puede ser más común entre los divorciados que en los demás.

## EDAD

El trastorno bipolar tiene una temprana edad de inicio, al final de la adolescencia o antes de los 30 años. En las demás depresiones unipolares las mujeres alcanzan una incidencia máxima entre los 35 y los 45 años, y los hombres, después de los 55 años.

## RAZA

No existen pruebas concluyentes de que haya diferencias entre blancos y negros. Sin embargo es mayor el número de negros hospitalizados por trastornos afectivos que el de blancos.

## HISTORIA FAMILIAR

Los familiares en primer grado de las personas depresivas muestran un riesgo de vida para esta patología de un 20% para los trastornos afectivos. Los familiares de primer grado de los pacientes bipolares muestran un riesgo de vida del 25% para estos trastornos. (7, 9, 11, 13, 14,15).

## RECURRENCIA

Entre 50 y 60% de los pacientes en remisión de una depresión unipolar o bipolar tienen otro ataque, los episodios suelen reproducirse cada 3 a 9 años. (7,8).

## CAUSAS

Cualquier discusión de las causas de los trastornos afectivos mayores, deben tener en cuenta tanto los factores biológicos, como los factores sociales implicados en el proceso de la enfermedad. (6).

### 1.1.5 FACTORES BIOLÓGICOS:

**GENÉTICA.** Los estudios familiares hallaron que los familiares de los pacientes bipolares tienen un riesgo significativamente más alto de la enfermedad bipolar que de una enfermedad unipolar, pero los familiares de los pacientes unipolares tenían más riesgo de contraer una enfermedad unipolar que bipolar. Los estudios de gemelos indican un riesgo significativamente más estudios de gemelos monocigotos que entre los dicigotos APRA procesos de enfermedades afectivas similares. Los monocigotos criados aparte, tienen aproximadamente un 65% de concordancia con respecto a los trastornos afectivos. (8).

Otros factores genéticos son las posibles vinculaciones entre el cromosoma X y la enfermedad bipolar o maniaco depresivo. El estudio directo de los rasgos ligados a X, como la ceguera cromática y el grupo sanguíneo XG, sugieren que el trastorno afectivo bipolar se transmite por un gen dominante ligado a X. También se han descrito asociaciones de HLA 8 Antígeno Leucocitario Humano) con el trastorno afectivo bipolar. Sin embargo existen dudas sobre todo la significación de estos hallazgos de vinculación a X, sobre todos por la repetida constatación de parejas padre-hijo enfermas, un hallazgo que contradice directamente la hipótesis. (8)

Los trabajos recientes demuestran la transmisión padre a hijo de anomalías del transporte de la membrana de litio en los glóbulos rojos.(8,9)

### **OTROS FACTORES BIOLÓGICOS**

Además de los factores genéticos de la transmisión, otros factores biológicos pueden ser significativos en la etiología y la patogenia de los trastornos afectivos. Estos factores incluyen las alteraciones electrolíticas. Especialmente de sodio y potasio, las alteraciones neurofisiológicas basadas en los hallazgos de los estudios electrofisiológicos que utilizan métodos electroencefalográficos y de potenciales evocados; anomalías neuroendocrinas, incluidos los cambios hipotalámicos, hipofisarios, de la corteza suprarrenal, de la tiroides y de los cambios gonadales; y alteraciones neuroquímicas en los neurotransmisores, sobre todo en las aminas biogénicas, que sirven como neurotransmisores en el sistema nervioso central y periférico.(10,11).

### **AMINAS BIOGÉNICAS**

Las aminas biogénicas incluyen tres categorías: dopamina, noradrenalina y adrenalina. La indolamina es otra amina biogénica representada por la serotonina, y la acetilcolina que también es una amina biogénica. (11).

### **CATECOLAMINA**

La hipótesis de la catecolamina se basa, en parte, en las observaciones de que los fármacos como inhibidores de la amonooxidasas y los antidepresores tricíclicos que potencian o aumentan las catecolamina cerebrales, producen estimulación de la conducta y excitación y tienen un efecto antidepresivo. Inversamente los fármacos que agotan o desactivan las aminas centrales producen sedación o depresión. El carbonato de litio, efectivo en el tratamiento de la manía, disminuye la descarga y aumenta la recaptación de noradrenalina. Algunos estudios han demostrado que puede haber escasez de noradrenalina cerebral en la depresión. (5, 7,8).

Se ha hallado una disminución del metabolito 3-metoxi-4 hidroxifeniletileno-glico (MHPG) en el líquido cefalorraquídeo y la orina de pacientes deprimidos. Los fármacos que reducen la noradrenalina, como la metildopa, propanolol y la reserpina, pueden producir depresión y la anfetamina, que produce descarga sináptica de noradrenalina, produce un estado de ánimo elevado. Todavía esta por determinarse el uso clínico de MHPG como medida de la presencia o ausencia de depresión. (7,9).

### **ACETILCOLINA**

La relación de Acetilcolina y catecolamina ha sido implicada también en la depresión, porque ciertos pacientes depresivos se deprimen aun más cuando aumenta la actividad de la acetilcolina del sistema nervioso central. El sistema colinérgico desempeña un papel en el sueño REM y la recidiva potencia REM en la depresión puede reflejar una hiperactividad de la acetilcolina en el SNC. (8).



## SEROTONINA

Amina biógena que se distribuye en el sistema nervioso central, y se ha hallado en algunos pacientes deprimidos disminución del metabolito de la serotonina, que es el ácido 5 hidroxindoleacético (5-HIAA), en su líquido cefalorraquídeo. Sin embargo, los hallazgos no son consistentes por cuanto la cantidad de 5 HIAA derivada del tejido cerebral o de las zonas del sistema nervioso no central no ha sido determinada. (7,8).

Otra prueba que sugiere la implicación de la serotonina en la depresión, es la observación de que el triptofano, un precursor de la serotonina, alivia la depresión en algunos pacientes; igualmente, la reserpina agota la serotonina cerebral y los antidepresivos aumentan la activada de la serotonina cerebral. (8).

Otros estudios han demostrado una posible alteración del ritmo de la serotonina, mas que una insuficiencia absoluta, en determinados subgrupos de depresión. Se ha informado que la serotonina plaquetaria, que muestra un ritmo diurno normal, estaba desincronizada en los depresivos unipolares, sobre todo en las mujeres posmenopáusicas. (8).

## TRANSTORNOS ENDOCRINOS

Durante muchos años se ha sospechado la implicación del sistema endocrino en la depresión. Entre los síntomas somáticos observados que sugieren cambios endocrinos en los trastornos afectivos, figuran la pérdida del apetito, o pérdida de peso, insomnio, disminución del impulso sexual, disfunción gastrointestinal y variaciones diurnas predecibles del estado de ánimo. (6,7).

La técnica de ensayo recientemente desarrollada, de alta sensibilidad, ha podido detectar marcadas alteraciones de la actividad hormonal simultáneas a los procesos depresivos. Los cambios de estado de ánimo se han asociado clínicamente con diversos trastornos endocrinos. Los estados paranoides depresivos del hiperadrenalismo (Enfermedad de Cushing), la hiperactividad y la euforia del hipertiroidismo (tirotoxicosis), la depresión asociada en ocasiones a la terapéutica exógena con estrógenos, en fenómenos que sugieren esta relación. (8). La depresión es común en el período del posparto, cuando cambian los niveles hormonales. (7).

## HORMONA DEL CRECIMIENTO

Las secreciones basales de hormona de crecimiento (GH), por la hipófisis aumentan normalmente en respuesta a un descenso de azúcar en sangre, el hambre, estrés, ejercicio y los estrógenos. Una prueba convencional de la actividad de la GH consiste en la administración de insulina seguida de la medición del aumento esperado de los niveles de GH en plasma. Utilizando este método los investigadores han demostrado que en muchos casos de depresión hay una menor respuesta a esta hipoglucemia inducida por insulina. El fenómeno se observa con más frecuencia en la depresión unipolar, en las bipolares, la respuesta es normal o mejor. La descarga de GH se altera en un porcentaje significativo en mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de depresión unipolar. Diversas investigaciones clínicas y de laboratorio han demostrado una asociación entre la privación materna y la inhibición de la secreción de la hormona del crecimiento. (7, 8,10).

## CORTISOL

Muchos pacientes deprimidos muestran hipersecreción de cortisol. El hallazgo de que la hipersecreción de cortisol se presenta en algunos pacientes deprimidos, se ha utilizado en el Test de supresión de la dexametasona (DST) en el que la dexametasona es un esteroide exógeno que suprime el nivel de cortisol en sangre. (10).

El test de supresión de dexametasona es utilizado en el laboratorio para determinar el estado depresivo endógeno (depresión mayor con melancolía), el test consiste en administrar a la hora de acostarse 1mg de dexametasona oral y en recoger varias muestras seriadas del plasma al día siguiente, habitualmente a las 8 de la mañana, 4 de la tarde y 11 de la noche. Aproximadamente el 98% de los pacientes normales muestran la supresión del nivel de cortisol. Esto se considera un hallazgo negativo. Sin embargo, en 50% de los pacientes con depresión endógena, esta supresión no tiene lugar, en aquellos pacientes, el cortisol escapa a la acción supresora de la dexametasona y el hallazgo se considera positivo. Un nivel de cortisol en suero mayor de 4.5 a 5 MG/ dl para cualquiera de las muestras de sangre es anormal. Se cree que el test refleja un cambio de la actividad del eje hipotalámico- hipofisario-suprarrenal en ciertos pacientes deprimidos. (8)

En diversas enfermedades aparecen falsos resultados positivos, como en la enfermedad de Cushing, las enfermedades renales y hepáticas y la anorexia nerviosa.(7)

Los hallazgos están afectados también por medicamentos, como el fenobarbital, meprobamato, benzodiacepina y esteroides, es por eso que el DST se utiliza más, actualmente como instrumento de investigación.(7).

## **OTRAS HORMONAS**

Una parte significativa de pacientes deprimidos muestran falta de o disminución de respuesta de la hormona estimulante de tiroides (TSH) a la estimulación de la hormona liberadora de tiotropina (TRH). (6,7)

## **CROMOPSIKOBIOLÓGIA**

Se producen variaciones periódicas de las funciones fisiológicas y psicológicas. El ritmo circadiano muestra una periodicidad de unas 24h. El sueño es uno de estos estados periódicos, divididos en periodos REM y NO REM.

Los estudios polisomnográficos muestran que en una depresión mayor hay una disminución del tiempo de sueño total, y un mayor porcentaje del tiempo del sueño, así como una menor latencia REM (el tiempo entre el momento de dormirse y el primer periodo REM), También hay un periodo REM muy largo. (6, 7,8)

### **1.1.6 FACTORES PSICOSOCIALES**

#### **SUCESOS DE LA VIDA Y ESTRÉS AMBIENTAL**

La mayoría de los clínicos e investigadores norteamericanos han compartido la convicción de que existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica. Afirman con frecuencia la relación del estrés, sobre todo el producido por situaciones cotidianas, con el comienzo de los episodios depresivos, considerando que los sucesos de la vida son fundamentales para la etiología de la misma. (10,11).

## FACTORES DE PERSONALIDAD Y FACTORES PSICODINAMICOS

Por lo general, se cree que las proclives a la depresión se caracterizan por un bajo amor propio, un superyo fuerte, relaciones interpersonales dependientes y una limitada capacidad para las relaciones objetuales maduras y duraderas. Aunque estos rasgos son comunes entre los sujetos depresivos, no se ha establecido ningún rasgo de constelación o tipo de personalidad como singularmente predispuesto a la depresión. Todos los seres humanos, cualquiera que sea su personalidad, pueden deprimirse, y se deprimen las circunstancias apropiadas, aunque ciertos tipos de personalidad (oral-dependiente, obsesiva-compulsiva, e histérica) pueden estar en mayor riesgo de depresión que el tipo antisocial, el paranoide y otros varios tipos de personalidad que utilizan la proyección y otros modos de defensa extremantes. (11).

Las formulaciones psicodinámicas se interesan no solo por los conflictos dinámicos existentes (que manifiestan la culpa, las relaciones en la pérdida y la hostilidad contra si mismo) que pueden estar implicados en el episodio depresivo, sino también con los rasgos que proceden al episodio depresivo agudo y que, por consiguiente pueden ser considerados causales. Algunos de estos están arraigados en la personalidad, pues una de las principales hipótesis psicodinámicas se centra en la predisposición de ciertos tipos de personalidad a la depresión. (11,12).

En la actualidad, las hipótesis psicodinámicas tienen un valor histórico contribuyendo a la formulación del caso, el asesoramiento de la práctica psicoterapéutica y el diseño de la investigación futura.

## FACTORES PSICOANALÍTICOS

Karl Abraham (12,13), pensó que los episodios de enfermedad manifiesta son precipitados por la pérdida de un objeto libidinal, propiciando un proceso regresivo en que el yo se retrae de su estado de funcionamiento maduro a un estado en el que domina el trauma infantil de la etapa sádico-oral de desarrollo libidinal, a causa de un proceso de fijación en la primera infancia.

En la teoría estructural de Freud, la introyección del objeto perdido en el yo determina los típicos síntomas de la depresión diagnósticos de la pérdida de energía del yo. El superyo, incapaz de vengarse exteriormente contra el objeto, recurre a la representación psíquica del objeto perdido, ahora interiorizado en el yo como un introyecto. Cuando el yo supera al superyo o se fusiona con el, existe una descarga de energía previamente acumulada en los síntomas depresivos, y sobreviene la manía en los típicos síntomas de exceso. (13)

Posteriormente autores analíticos afirman superficialmente que la enfermedad tiene un sustrato neurofisiológico subyacente, pocos han intentado conceptualizar este estado en otros términos distintos de los puramente psicológicos. (12,13)

El trastorno de la personalidad narcisista es una de las patologías frecuentes que se pueden considerar como diagnóstico diferencial en los pacientes maniacos depresivos, porque en los de trastorno narcisista de personalidad, muestran con frecuencia periodicidad, júbilo y depresión, a menudo con grandiosismo y euforia en una fase y autodesprecio en la etapa siguiente, al igual que en el trastorno maniaco depresivo clásico. (12).

## FACTORES PREMORBIDOS DE LA PERSONALIDAD

En algunos pacientes depresivos hay una organización premorbida de la personalidad los pacientes deprimidos suelen deprimirse o desequilibrarse en situaciones de estrés, no se relacionan fácilmente en sociedad, requieren un excesivo apoyo ambiental y tienden a ser sujetos obsesivos. También son introvertidos, dependientes, narcisistas e inseguros, y además se sienten culpables. (11).

Aarón Bick (10,11), quien ideó la terapéutica cognitiva, confía en la capacidad del paciente para aprender nuevos mecanismos defensivos. Los pacientes aprenden también su imagen negativa (de sí mismo) y de su experiencia pasada, y desprenden sus expectativas de futuro negativas.(11,12).

#### DESAMPARO APRENDIDO

En algunos experimentos animales en los que se expuso a perros a choques eléctricos de los que no se podían escapar, los perros reaccionaron con desamparo y no hicieron intento alguno de huir. Aprendían a ceder y tenían aspecto desamparado. En los individuos deprimidos, pueden hallarse en un similar estado de desesperanza. Si el psiquiatra puede transmitir en el paciente una sensación de control de dominio del ambiente, la depresión suele remitir. Igualmente, la recompensa y el esfuerzo positivo del ambiente pueden ayudar muchas veces a superar una depresión. Estas son las técnicas conductuales que se utilizan en la terapia individual y de grupo. (11,12).

#### TEORIA UNIFICADA

En la actualidad, parece provechoso concebir los trastornos afectivos mayores como trastornos genéticamente controlados en los que cambios espontáneos de los ciclos de actividad producen los síntomas típicos del trastorno. Alternativamente, factores psicogénicos específicos que significan una "pérdida" actúan como desencadenantes y pueden precipitar un episodio, maniaco o depresivo. Una vez iniciado, el episodio no responde habitualmente a la interpretación, y en determinados subgrupos, uno u otro tratamiento químico es el indicado. Una vez que se está químicamente controlado el episodio, puede ser necesario el tratamiento psicológico para ayudar al paciente a hacer frente a las consecuencias secundarias de su enfermedad, para ayudar a superar los efectos desencadenantes psicógenos específicos o para hacer frente a los problemas psicológicos diagnósticos de un segundo trastorno. Así algunos pacientes con enfermedad bipolar necesitan carbonato de litio y ayuda psicológica para hacer frente a las pérdidas psicológicas y otros necesitan carbonato de litio y tratamiento psicológico de un trastorno de personalidad narcisista u otro trastorno de personalidad.(11,12,13).

#### OTRAS CAUSAS DE EPISODIOS DEPRESIVOS

Enfermedad somática. Se sabe que los síntomas depresivos se presentan tras un uso de ciertas sustancias, por ejemplo la depresión inducida por reserpina, y las enfermedades orgánicas, por ejemplo los cánceres de todo tipo, y las enfermedades infecciosas. En ambos casos, el trastorno se considera un síndrome afectivo orgánico secundario al agente causal conocido. Si se desarrolla un síndrome afectivo pleno en reacción a una alteración funcional secundaria a una enfermedad física, el síndrome es un trastorno afectivo pleno, y también se diagnostica el trastorno físico. (12).

La demencia senil, presenil y subsiguiente a varios infartos cerebrales debe ser diferenciada de los episodios depresivos de las personas ancianas. En el caso de la seudo demencia, la depresión se presenta con síntomas que simulan un estado orgánico que desaparece con el apropiado tratamiento de la depresión. En las demencias, el tratamiento de la depresión no ofrece resultados positivos. (12)

Alteración Psicológica. Se puede presentar con síntomas de depresión. Los trastornos depresivos, esquizofrénicos y ciclotímicos crónicos pueden ser episodios depresivos superpuestos. Esta situación se presenta también en alcohólicos. (11,12).

El Duelo no se considera una patología mental, incluso si se desarrolla un síndrome depresivo pleno, a menos que no tenga lugar la resolución. (12)

Factores biotipológicos. Hay diversos resultados que corroboran la correlación entre el tipo pícnico, el temperamento ciclotímico y la psicosis maniaco depresiva; el 54% de los sujetos son de tipo pícnico.

#### 1.1.7 CAUSAS ECOLOGICAS:

Contaminación atmosférica debido a los productos de combustión de los vehículos, industrias, talleres, polvo entre otros y que como consecuencias traen la mala calidad del aire inhalado, como el ruido excesivo de auto transportes, aviones, equipos de sonido entre otros como consecuencia traen insomnio, fatiga física e intelectual irritabilidad y sordera.(12)

#### 1.1.8 CAUSAS SOCIALES:

- Desintegración familiar
- Disminución del apoyo espiritual de la iglesia
- Falta de vínculos con los vecinos
- Migraciones.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social mas importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inicio la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo y la ira. Sin embargo, se sabe que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos. (10, 11,12).

#### 1.1.9 DEPRESION Y EDAD AVANZADA

Levin y Goldfarb (10,11), han indicado que las personas de edad avanzada sufren depresión con frecuencia. Otros autores han descrito el estado afectivo del adulto de edad avanzada deprimido, como apatía o desinterés. Sin embargo, otros escritores hacen creer que lo ancianos son inmunes a las depresiones, ya que la mayor incidencia de depresiones psicóticas es menor en personas después de los 65 años, creen que esta reacción depresiva en el viejo es general un síndrome benigno, en el que aparecen los síntomas neuróticos de la vida pasada.(12,13).

#### 1.1.10 DIAGNOSTICO

Debido a que la tristeza forma parte de la condición humana, cualquier discusión sobre los trastornos del estado de ánimo, implica la búsqueda confusa para la delimitación entre el estado de ánimo normal y anormal. (13, 14,15).

La información sobre la depresión, al igual que en todos los síndromes psiquiátricos, se hace de la siguiente forma:

- 1.- Historia Clínica (Interrogatorio directo y exploración física).
- 2.- Información proporcionada por familiares o amigos cercanos
- 3.- Instrumentos o escalas de medición.

Una vez reconocido el síndrome depresivo se hará lo siguiente:

A) Precisar el modo de instalación.

a) El modo de comienzo suele estar caracterizado por

- La precocidad de los trastornos del sueño

- La progresión de la astenia

- La agravación de la tristeza

b) Las circunstancias desencadenantes:

- Hay que hacer hincapié para encontrar un traumatismo afectivo (reparación, duelo, fracaso social o profesional)

-Interrogar al respecto de un traumatismo orgánico (Enfermedad, Traumatismo craneoencefálico)

B) Volver a situar el síndrome depresivo en la vida del paciente.

### CRITERIOS:

Existen criterios que forman la clave para el diagnóstico de depresión, según lo definido en la América Psychiatric Association en DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): (12,13, 14,15).

1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte de día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej, llanto).

Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2.- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.

3.- Pérdida importante de peso sin hacer un régimen o aumento de peso (p.ej, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4.- Insomnio o hipersomnia cada día.

5.- Agitación o entretimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entretido).

6.- Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7.- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8.- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indicación, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

La presencia de 5 o más de los criterios anteriores durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.( 10,11).

### 1.1.10.1 INSTRUMENTOS O ESCALAS DE MEDICION

Hay una relación estrecha entre el uso de escalas de evaluación y el nivel de la práctica médica. En la mayor parte de las investigaciones clínicas, se incluye la aplicación de una o varias escalas y son bien aceptadas por los médicos que se dedican a este tipo de investigaciones. Por el contrario la gran mayoría de los profesionales que trabajan en la práctica clínica no las usan y algunos las consideran artificiales. El desarrollo de las primeras escalas de evaluación prácticas, aun en uso, coincidió con el advenimiento de la psicofarmacología y su aplicación seguramente fue estimulada por la necesidad de tener un método preciso para valorar la naturaleza del padecimiento que los originaba. (14).

En nuestros días, podemos considerar que, incluso de las escalas de medición apenas se inicia en la práctica clínica, ya que estas simplifican el registro de datos para su estudio en computadoras, permiten recabar el máximo de información importante y facilitan la estandarización, que disminuye la variabilidad y la información acerca de los pacientes; sin embargo es preciso señalar que el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación no puede suplir a un buen estudio clínico efectuado por un médico competente. (13,14).

La depresión puede ser medida en dos categorías básicas: (12, 13, 14, 15,16)

1.- Medición Comprensiva. Es aquella que integra información del sistema de respuestas múltiples y provee una descripción comprensiva del estado depresivo; ejemplo: Escala de Hamilton, Escala de Zung, etc.

2.- Medición Específica. Describe el inicio específico de la sintomatología depresiva, utiliza la información de un sistema único de respuesta. Por ejemplo: el registro telemétrico de la actividad motora.

Los estudios frecuentemente utilizan una medición comprensiva aislada e infieren de la medición específica toda la sintomatología depresiva.

Actualmente las escalas para medir la depresión más conocidas y utilizadas son: El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (mas de 500 preguntas), la Escala de Hamilton (Mas de 1 hora para ser respondida), el Inventario de Beck, El Cuestionario General de Salud y la Escala de Automedición de la Depresión (escala de AMD o de Zung)

Varios autores (2, 5, 8,9), realizaron una investigación sobre depresión y en 1965 publicaron los resultados de una escala que reunió los siguientes requisitos:

- 1.- Que fuera autoaplicable a enfermos con diagnóstico de depresión o Depresión Enmascarada, incluyendo los síntomas más representativos de la entidad clínica.
- 2.- Que fuera breve y sencilla, de aplicación más cuantitativa.
- 3.- Que pudiera ser autoaplicada por el enfermo, a fin de recabar su respuesta directa.

Los estudios estadísticos realizados, indican que las mediciones obtenidas de esta manera pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión, que requieren más tiempo, que están en uso actualmente. (14)

### 1.1.10.2 COMO USAR LA ESCALA AMD O DE ZUNG

La escala comprende una lista de 20 declaraciones. Cada una de ellas se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan, de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desórdenes de la afectividad. A un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen: Muy pocas veces, Algunas veces, la mayor parte del tiempo y Continuamente. (15, 16,17).

Se le da al paciente el cuestionario y se le pide que ponga una marca en el recuadro mas aplicable a su caso, en el momento de hacer la prueba.

Para obtener la medición de la depresión del paciente, se escribe en el margen derecho el valor para cada declaración y luego se suma; esta calificación se convierte a un índice basado en 100. La escala esta planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión significación clínica. (17,18).

En ocasiones los pacientes tendrán dudas sobre ciertos temas, a algún paciente se le ocurrirá preguntar como contestar la pregunta 5, siendo que se encuentra a dieta y en consecuencia no come igual que antes, en tal caso se le pide al paciente que conteste como si no estuviera a dieta.

El tema 6 cuestiona al respecto de las relaciones sexuales, de tal manera que alguno del paciente titubea, en tal caso y si no las tiene, se le preguntara si disfruta de estar con personas del sexo opuesto. (14, 15,16).

Se han incorporado ciertas medidas de protección, comunes a todas las pruebas psicológicas, en los encabezados de las columnas de calificación. Pero el paciente no podrá discernir alguna tendencia en sus respuestas, porque la mitad de las declaraciones están redactadas de manera sintomáticamente positiva y la otra mitad negativa. (15)

Por ejemplo: el primer tema, “Me siento abatido y melancólico” es positivo; el segundo “En la mañana me siento mejor”, es una declaración negativa, que refleja lo contrario del estado de animo de la mayoría de los pacientes deprimidos que se siente peor por la mañana. (14,15).

### 1.1.10.3 INTERPRETACION DE LAS CALIFICACIONES EAMD.

La escala EAMD no esta destinada a diferenciar la depresión como enfermedad de la depresión como síntoma. Sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnostico. En consecuencia, las calificaciones altas son una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica. (14, 15,16).

### RELACION DE LOS SINTOMAS DE DEPRESION CON LOS TEMAS DE LA ESCALA AMD.

Las declaraciones de la escala de AMD, están redactadas en el lenguaje común de los pacientes que sufren depresión si bien, esas palabras son las que puede usar el paciente, su significado identifica de manera precisa, un síntoma aceptado de depresión. La declaraciones contenidas en el test, nos indican la evolución del estado depresivo, si se aplica cuantas veces se estime oportuno. (15)



#### 1.1.10.4 ERRORES QUE CONDUCEN AL FRACASO EN EL DIAGNOSTICO:

Los médicos que no hacen el diagnóstico de depresión en forma correcta, cometen una falla por una o varias razones, tal vez la más universal es el hecho de que, hasta hace poco, los estudiantes de medicina y el personal facultativo estaban orientados mayormente para diagnosticar y tratar las enfermedades que se consideraban resultado de problemas orgánicos nada más. Los pacientes con quejas orgánicas vagas, se consideraban "personas fatigadas" y el médico se llegaba a deshacer de ellas tan pronto como le eran posible, si sus síntomas no correspondían a los datos encontrados.(15,16,17,18).

Muchos pacientes presentan síntomas que podrían ser resultado de un proceso patológico orgánico o de un trastorno psicológico por la tensión de la vida: Hacer el diagnóstico diferencial entre la enfermedad funcional y la orgánica, es lo más importante para el médico y para el paciente. El buen médico debe estar preparado para atender cualquier enfermedad.

Tratar una enfermedad funcional como si se tratara de una enfermedad orgánica, representa un error tan grave para el paciente como lo haría la actitud contraria.

Cuando no está claro cuál de las dos entidades tiene frente a sí el médico, será mejor indicarle al paciente, desde un principio, que cree que el problema podría ser una enfermedad funcional y dejar claro que este tipo de enfermedades son reales y no imaginarias y que el problema no es "lo que tiene en la cabeza" el paciente.(18).

Desde luego que la exploración física y los exámenes de laboratorio y gabinete son importantes para descartar la existencia de enfermedad orgánica, no es fácil explicar al paciente el diagnóstico, quien de manera invariable lo aceptará con facilidad y seguirá las medidas.

Por otra parte, si el médico toma la actitud contraria, e indica al paciente que su padecimiento no es orgánico, después de efectuar estudios caros y peligrosos, le dice "no hay nada malo en usted", el paciente no aceptará por lo general dicho diagnóstico. Puede a continuación buscar ayuda en otros médicos, que quizás pueden confundir verdaderamente al paciente, siendo entonces para el médico, el pago por ejecutar operaciones innecesarias para encontrar una enfermedad orgánica inexistente, perder al paciente o la muerte por suicidio por progresión del proceso patológico funcional en él. (18,19).

#### 1.1.10.5 OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Si bien es difícil integrar una definición exacta del concepto de depresión, mucho más lo es el de poder establecer lineamientos para detectarlo, sabemos que existen varias escalas ya establecidas con este objetivo, como son la escala de Hamilton, el Inventario de Beck, el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, entre otras.

En la escala de Hamilton (3) se consideran 17 variables, de las cuales algunas son de interés creciente y otras por términos equivalentes, haciendo un total de 21 reactivos, las variables son medidas con una escala de 3 a 5 puntos. El autor recomienda que la evaluación se realice por dos personas en forma independiente para evitar errores de interpretación personal.

En 1960, Máx. Hamilton (3) realizó un análisis de las diversas escalas disponibles para medir los trastornos mentales y concluyó que se pueden considerar cuatro grupos:

1.- Algunos de las escalas diseñadas para ser aplicadas en pacientes con trastornos psiquiátricos y tenían el inconveniente de que al aplicarse a individuos sanos no podían ser identificados algunos de los síntomas observados en los pacientes con patología psiquiátrica.

2.- Las escalas existentes de auto aplicación, si bien eran sencillas de aplicar tenían el inconveniente de que los enfermos con trastornos psiquiátricos no podían resolverlas.

3.- Muchas escalas de conducta se utilizaron para medir la capacidad de adaptación en instituciones hospitalarias, pero proporcionaron poca o ninguna información sobre la depresión.

4.- Otras fueron diseñadas para detectar y cuantificar síntomas de enfermedad mental, pero presentaban dificultad para diferenciar entre apatía retardo y estupor, como ejemplo, en síntomas como "ideas delirantes" el significado era muy diferente si se refería a cuadros depresivos, esquizofrénicos, paranoides o hipocondríacos.

El alto contenido somático de la escala la hace de valor dudoso cuando se usa en pacientes médicamente enfermos. A partir de esta se han derivado la escala endógeno mórfica de la depresión y la subescala de melancolía (que evalúa sobre todo, las manifestaciones de retardo psicomotor) así como una autoaplicable: la escala de Carroll.

Inventario de Beck apareció después de la publicación de la escala de Hamilton por Aarón T. Beck (3) da a conocer su trabajo para cuantificar la depresión. Fue diseñado para ser aplicado por un entrevistador y la técnica consiste en entregarle una copia al enfermo y la otra es leída en voz alta por la persona que la aplica y se le pide al paciente que señale "cual de las declaraciones define mejor como se siente en ese instante".

Por ningún motivo se debe sugerir al enfermo la respuesta. Este inventario consta de 21 categorías de síntomas y cada una de ellos es una manifestación de depresión. Se aplicaron valores numéricos del 0 al 3 para cuantificar esta posibilidad y en algunos casos existen dos alternativas de respuesta y se les divide en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel.

Inventario Multifascico de la Personalidad de Minnesota, este estudio más conocido por sus iniciales MMPI, fue introducido por Starke R. Hathaway y J. Charles Mckinley en 1942(3,4) consta de 550 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas, que corresponden a diversos aspectos de la personalidad, que incluyen aspectos personales, hábitos, actitudes sexuales, familiares, estado de salud física, religión, de tipo político y diversas preguntas encaminadas a la detección y tratamiento psiquiátrico.

El MMPI, tiene la particularidad de que se puede aplicar en forma individual y grupal, pidiéndole al encuestado que conteste "cierto o falso", o escriba la respuesta en el espacio en blanco.

Todas las preguntas están agrupadas en nueve escalas psicológicas que son:

- 1.- Hipocondría
- 2.- Depresión
- 3.- Histeria
- 4.- Desviación psicótica
- 5.- Masculinidad
- 6.- Femenidad
- 7.- Paranoia
- 8.- Psicastenia
- 9.- Esquizofrenia y manía.

Aun cuando esta escala fue diseñada para detectar y cuantificar la depresión, tiene los inconvenientes de que solo puede aplicarse a personas mayores de 16 años, con estudios mínimos de Primaria y el tiempo promedio para resolverla es de una a dos horas aproximadamente, lo que hace poco practica para ser aplicada en nuestro medio.(3).

#### 1.1.11 TRATAMIENTO

El tratamiento de los estados depresivos constituye probablemente uno de los capítulos de la psiquiatría que ha experimentado mayores avances en los últimos años, siendo el manejo de los trastornos afectivos mayores, uno de los mas recompensantes para el psiquiatra. En la actualidad se dispone de tratamiento específico en la fase aguda para prevenir la recurrencia de episodios maniacos y depresivos. Se plantea un primer problema ante la realización del tratamiento en régimen ambulatorio o de internamiento. (19, 20, 21,22).

La única indicación de internamiento, es la posibilidad formal de suicidio, una posibilidad que existe cuando el paciente empieza a salir de la depresión y tiene la energía necesaria para llevar a cabo el impulso suicida que planeo cuando estaba profundamente deprimido, pero carecía de energía para llevarlo a cabo. A un en estos casos, si existe garantía de un control sistémico y permanente del paciente, la cura puede intentarse en el propio domicilio. (21,22),

Como el pronóstico de cada episodio individual es bueno, a pesar de los resultados negativos de los esfuerzos iniciales de tratamiento, el optimismo esta siempre garantizado y es bien recibido por paciente y su familia. (21).

CONDUCTA NECESARIA: (18, 19, 20, 21,22).

- A) La depresión sintomática de una afección orgánica, implica el tratamiento de la afección causal.
- B) Las depresiones psicóticas deben ser tratadas con el especialista en salud mental.
- C) Las depresiones neuróticas. El manejo depende:
  - De la calidad del medio ambiente
  - Del grado de síndrome depresivo y de las ideas de suicidio e intentos anteriores al mismo
  - De la estructura de la personalidad del paciente.
  - Las depresiones neuróticas graves requieren hospitalización en medio especializado.
  - En las depresiones de gravedad moderada, cuando no hay allegados o cuando la asistencia de los mismos es poco eficiente se aconseja la hospitalización.
  - Las depresiones de grado moderado, que son las frecuentes, cuando están asistidas por allegados eficaces, pueden ser tratadas en forma ambulatoria.
- D) Otras depresiones:
  - La depresión reactiva o secundaria (respuesta a la pérdida generalmente solo requiere apoyo psicológico.
  - La depresión endógena, amerita tratamiento farmacológico.
  - Tanto la depresión neurótica y psicótica deben ser atendidas por el psiquiatra.
  - La depresión simple, puede ser además atendida por el medico general familiar internista o especialista no psiquiatra.

Se analiza continuación los métodos más importantes de abordaje terapéutico ante un estado depresivo:

#### 1.1.11.1 HOSPITALIZACION

La primera y mas critica decisión que debe tomar el medico es la de si hay que hospitalizar al paciente o puede intentar un tratamiento ambulatorio, esto basado en consideraciones clínicas. En presencia de una depresión aguda, la hospitalización es de una necesidad imperiosa. (20,21, 22).

La depresión leve puede ser manejada con seguridad en la consulta si el medico evalúa con frecuencia al paciente, si no existen algunos signos pérdidas de juicio o de peso o bien insomnio, y si el sistema de apoyo ambiental se considera fuerte y no excesivo ni insuficientemente preocupado por el paciente. (21).

Habiendo historia de un episodio anterior, el episodio actual tendrá la misma gravedad en la mayoría de los casos, cualquier signo de cambio a peor de los síntomas, de la conducta exterior o de la actitud del ambiente hacia el paciente basta para requerir la hospitalización. (21, 22,23).

#### 1.1.11.2 PSICOTERAPIAS.

La psicoterapia esencial, al menos como suplemento de los tratamiento medicamentosos en aquellos casos en los que el paciente parece sufrir una forma básicamente fisiológica la enfermedad, y la psicoterapia es absolutamente de importancia central para el tratamiento de los pacientes que parecen tener una enfermedad psicológica además de una enfermedad fisiológica. Sin una psicoterapia efectiva, estos pacientes pueden destruir su vida. Otros pacientes necesitan aislar una experiencia de pérdida, desencadenado por un episodio de enfermedad para eliminar estas experiencias. (19, 20,22).

#### TIPOS DE PSICOTERAPIAS

##### PSICOTERAPIA ANALITICA.

Freud describió que la vulnerabilidad a la depresión producida por un desaliento interpersonal al comienzo de la vida determinaba reacciones de amor posteriores caracterizadas por la ambivalencia. Las pérdidas interpersonales amenazadas o reales en la vida adulta desencadenarían una lucha destructiva en el YO, que se manifestaría como depresión. Estos individuos tienen una dependencia anormal de los demás para gratificación narcisista y el mantenimiento de su amor propio. La frustración de sus necesidades de dependencia determina una crisis de su autoestima y, posteriormente, una depresión. En general, el objetivo de la psicoterapia psicoanalítica consiste en promover un cambio en la estructura de la personalidad o el carácter, y no simplemente aliviar los síntomas. La mejora de la confianza interpersonal, la intimidad y la creatividad, de los mecanismos defensivos, de la capacidad para experimentar una amplia gama de emociones y de la capacidad para la aflicción son algunos de los objetivos.El tratamiento puede requerir en ocasiones que el paciente experimente una alta ansiedad y malestar durante el curso de la terapia, que habitualmente prosigue durante varios años. (22,23).

##### PSICOTERAPIA BREVE

Las terapias breves difieren del psicoanálisis clásico en su énfasis en la identificación de un foco diagnóstico específico. Se selecciona una cuestión en particular, habitualmente un problema interpersonal y el paciente, y el psicoterapeuta acuerdan primero tratar este problema en la terapia.

Este foco se considera dinámico porque se utiliza como vínculo con los conflictos nucleares que se remontan a los primeros años de vida. Esta técnica utiliza activamente el conflicto actual como microcosmos para los conflictos más sustanciales y duraderos de la vida de paciente. (18,20).

### TERAPIA INTERPERSONAL

Es una psicoterapia breve que normalmente consiste en 12 a 16 sesiones semanales, y fue desarrollada específicamente para el tratamiento de los pacientes depresivos ambulatorios, no bipolares y no psicóticos. Se caracteriza por enfoque activo por parte del psicoterapeuta y por un énfasis en las cuestiones actuales y el funcionamiento social en la vida del paciente. Los fenómenos intrapsíquico como los mecanismos defensivos o los conflictos internos, no son considerados en la terapia. (22,23)

El objetivo son las conductas discretas, como la falta de afirmación, las facultades sociales y el pensamiento, pero solo en el contexto de su significado o afecto sobre las relaciones interpersonales. (22).

### TERAPIA CONDUCTUAL

Se han desarrollado varias terapias conductuales para el tratamiento de la depresión. Aunque varían en sus técnicas específicas y enfoque, estas terapias tienen ciertos supuestos y estrategias comunes:

- 1) El programa de tratamiento esta altamente estructurado y suele ser breve.
- 2) El principio del refuerzo suele considerarse el elemento clave de la depresión.
- 3) El cambio de conducta se considera la forma mas efectiva para aliviar la depresión.
- 4) El objetivo es la articulación y alcance de metas específicas.

Algunos tratamientos conductuales se caracterizan por enfoques de tratamientos de componentes múltiples que combinan diversas técnicas conductuales, moldeándose el uso de estas técnicas en función de las necesidades individuales del paciente. Normalmente existen elementos nucleares, considerados esenciales unidos a otras técnicas opcionales. (17, 18, 19, 20,21)

### TERAPIA COGNITIVA

La teoría cognitiva de la depresión indica que las disfunciones cognitivas son el núcleo de la depresión y que los cambios físicos y afectivos, así como otros rasgos asociados a la depresión, son consecuencia de las disfunciones cognitivas. Por ejemplo la apatía y la baja energía son el resultado de la expectativa de fracaso del individuo en todas las áreas. (23,24).

De forma similar, la parálisis de la voluntad deriva del pesimismo y los sentimientos de desamparo del individuo. El objetivo de la terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck (19, 20,21), consiste en aliviar la depresión e impedir su reaparición ayudando al paciente a:

- 1) Identificar y comprobar sus conocimientos negativos
- 2) Desarrollar esquemas alternativos y más flexibles, así como formas de pensamientos más positivos.
- 3) Crear nuevas respuestas conductuales y cognitivas

El objetivo es también el de cambiar la forma de pensar del individuo, posteriormente, aliviar el síndrome depresivo.

### 1.1.11.3 TERAPIA FAMILIAR

No suele considerarse a la terapia familiar como una terapia primaria para el tratamiento de la depresión, pero su uso está indicado en los casos en que: (17, 20,21).

- 1) La depresión de un individuo parece alterar seriamente sus funcionamientos familiares o matrimoniales o ambos.
- 2) En la que la depresión del individuo parezca estar promovida y mantenida por pautas de interacciones matrimoniales o familiares.

La terapéutica familiar examina el papel del miembro deprimido en el bien psicológico general de toda la familia; también se examina el papel de la familia en el sentimiento de la depresión. Este enfoque tiene un valor especial, cuando el paciente deprimido es la madre de niños pequeños. Sin embargo por lo general, el diagnóstico de la dinámica familiar debe formularse con precaución cuando uno de los miembros sufre una depresión aguda. Las pautas de interacción familiar pueden haber resultado significativamente alteradas por la depresión. (21,22).

### 1.1.11.4 COMBINACION DE PSICOTERAPIA Y MEDICACION

La depresión es un complejo grupo de trastornos que ya implica a muchos sistemas corporales. Las medicaciones pueden estar indicadas en ciertas depresiones, mientras que en otras son preferibles los enfoques psicoterapéuticos. En muchos casos, lo mejor es una combinación de fármacos y psicoterapia. Existen pruebas de apoyo de la idea de que los fármacos tienden a afectar a los síntomas somáticos y vegetativos específicos de la depresión, mientras que la psicoterapia afecta los aspectos interpersonales y cognitivos. Por ello, un enfoque global incluiría a ambas modalidades que se complementan mutuamente. (20, 21, 22,23).

### 1.1.11.5 TERAPIAS ELECTROCONVULSIVAS

El uso de la terapia electroconvulsiva (TEC) sigue teniendo unas de sus muy claras indicaciones en el campo de las depresiones endógenas (bipolares y unipolares), donde su eficacia es claramente superior a los antidepresivos. (22, 23, 24,25).

Las indicaciones actuales son las siguientes:

- A) Fracaso farmacológico
- B) Depresiones muy inhibidas, agitadas o con ideas delirantes.
- C) Situaciones somáticas críticas ( desnutrición, deshidratación)
- D) Riesgo grave de suicidio
- E) Reacciones adversas o enfermedades físicas que desaconsejan la utilización de fármacos
- F) Antecedentes de fracaso farmacológico y buena respuesta a la TEC.

Suelen ser suficientes de 6 a 10 sesiones para obtener en ocasiones resultados espectaculares. Las condiciones en que se practica esta técnica actualmente (narcosis, curarización, atropina, oxigenación, implantación unilateral de electrodos, etc.) hayan disminuido notablemente los riesgos físicos.

La técnica unilateral está especialmente indicada en pacientes de edad avanzada, difásicos y con trastornos cognitivos y en aquellos que precisan unas capacidades amnésicas elevadas por su trabajo, lo que aconseja mitigar los trastornos de memoria y la confusión postshock.(18,19,21).

#### 1.1.11.6 FARMACOTERAPIA

##### ANTIDEPRESORES TRICICLICOS (ADT)

##### NUEVOS ANTIDEPRESIVOS

La indicación específica de estos fármacos son las depresiones endógenas en cualquiera de sus modalidades (unipolares y bipolares. Ningún nuevo antidepresivo ha demostrado una acción superior a la imipramina o a la amitriptilina siempre que se utilicen las dosis correctas (150-300mg/día), aunque en general ocasionan menos efectos secundarios. Tienen uso especial los recientes antidepresivos selectivos Serotoninérgicos (Fluoxetina, Fluvoxamina, Trazadone), ya que ocasionan menos efectos colaterales anticolinérgicos. Por otra parte, la duración mínima antes de juzgar el efecto terapéutico de un antidepresivo es de 4 a 6 semanas y el tiempo de mantenimiento de la medicación, no menos de 6 meses; por el contrario el riesgo de recaída, es elevado. (17, 21,22).

#### 1.1.11.7 INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA (IMAO)

Algunas depresiones endógenas inmodificables por tricíclicos responden favorablemente a los IMAO. Se usa la fenelcina (45-75mg/día) y la iproniácida (75-150mg/día), esta sobre todo cuando predomina la astenia. La duración mínima del tratamiento es de 6 meses, similarmente a los ADT. (21,23).

#### 1.1.11.8 LITIO

La eficacia del litio como antimaniaco y en la profilaxis de los trastornos bipolares no ofrece dudas, ya que dos tercios de los pacientes responden en alguna medida. La profilaxis de las depresiones unipolares con litio puede intentarse especialmente en aquellos casos que tienen riesgo de evolución bipolar. (20,23).

#### 1.1.11.9 PREDICTORES DE RESPUESTA TERAPEUTICA

Aunque se han establecido diagramas de acción antidepresiva en función de síntomas diana, consideramos que existen parámetros clínicos y biológicos más adecuados (17, 18, 19, 20,23).

##### 1.- Predictores demográficos

Se ha señalado mejor respuesta a la Imipramina en varones y la asociación imipramina T3 en mujeres.

2.- Personalidad y antecedentes familiares de trastorno bipolar, incluso en pacientes unipolares, indica buena respuesta al litio

##### 3.- Predictores nosológicos y clínicos.

Las depresiones atípicas y no endógenas responden más favorablemente a IMAO.

Las depresiones inhibidas responden a los antidepresivos tricíclicos (imipramina).

La depresión agitada responde a antidepresivos sedativos (amitriptilina), y eventualmente a fenotiacinas (teoridacina).

##### 4.- Predictores psicosociales

Los resultados sobre la importancia que tiene los acontecimientos de la vida, previos al inicio del cuadro depresivo, son contradictorios, pues algunos estudios los relacionan con una respuesta favorable y otros no encuentran ninguna relación. Sin embargo la concurrencia de algunos acontecimientos negativos durante el tratamiento relaciona con una peor respuesta al mismo.

El soporte social desfavorable produce una peor respuesta al tratamiento antidepresivo, incluso en las melancolías.

5.- Predictores biológicos la mejoría del humor tras la administración de anfetaminas o metilfenidato, aunque transitoria, indica una respuesta futura favorable a antidepresivos de acción noradrenergica.

#### 1.1.11.10 EFECTOS COLATERALES DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIDEPRESIVO EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD.

Los agentes antidepresivos tienen una acción terapéutica comprobada. Cerca del 70% de los pacientes con síndrome depresivo responden bien al tratamiento con antidepresivos, sin embargo en pacientes de la tercera edad esto se ve alterado debido a las modificaciones psicobiológicas de su organismo por lo tanto tendrán efectos colaterales indeseables, por lo cual se deben tener en consideración importante para su adecuada prescripción. (21,23).

Varios autores describen que los efectos secundarios potenciales de los medicamentos en el tratamiento de la depresión, pueden predecirse con base en la inhibición de la recaptación de los neurotransmisores que produce cada fármaco antidepresivo o cada grupo de fármacos.

Debido a estos efectos secundarios el uso de antidepresivos tricíclicos (ADTS) es restringido en pacientes con enfermedad cardíaca, retención urinaria, glaucoma de ángulo cerrado, crisis convulsivas, gastroparesia diabética, hipertrofia prostática, disminución de la motilidad intestinal; ya que aumentan el deseo de la ingesta de hidratos de carbono, producen ganancia de peso, aumento del apetito, elevación de la glicemia, por su efecto anticolinérgico pueden disminuir la motilidad intestinal y aumentar la gastroparesia diabética. (17, 18, 19, 20,23).

Este grupo de efectos colaterales sumado a un posible efecto negativo anticolinérgico sobre la memoria, indican que estos fármacos son la opción menos adecuada para pacientes ancianos y para pacientes con demencia. (21,23).

Si el paciente desarrolla signos anticolinérgicos y reporta confusión mental, se recomienda cambiar a un antidepresivo libre de bloqueadores muscarínicos. La sedación con frecuencia disminuye en las primeras semanas de tratamiento. El temblor es otro efecto adverso frecuente.

La selección y ajuste de las dosis de los medicamentos antidepresivos son muy importantes para lograr el efecto esperado, sobre todo para mejorar el estado de ánimo y el sueño, así mismo el inicio del tratamiento se recomiendan dosis bajas de los distintos antidepresivos, los cuales se deben incrementar en forma individual para cada paciente. (17, 21,22).

El delirium anticolinérgico puede presentarse con la sobredosis de antidepresivos tricíclicos se caracteriza por agitación, alucinaciones, arritmias cardíacas supraventriculares, hipertensión grave y convulsiones, piel caliente y seca, mucosas secas, dilatación de pupilas, falta de movimientos y de ruidos intestinales y taquicardia Requiere de hospitalización y atención de servicios de terapia intensiva. La Fisostigmina debe utilizarse en sospecha de intoxicación por antidepresivos tricíclicos. Las arritmias cardíacas ventriculares se tratan con lidocaina, propanolol o fenitoina. Es frecuente que las sobredosis se deban a la utilización de diferentes fármacos por lo que se deben investigar los niveles de benzodiazepinas, alcohol y otras sustancias. (17, 18, 19, 20,23).



La sobredosis, especialmente la ocasionada por triciclitos, es potencialmente letal. Aunque los estudios reportan que los medicamentos disminuyen las ideas suicidas, algunos pacientes, se han suicidado bajo tratamiento. Es por ello que se recomienda la vigilancia estrecha en las primeras semanas de tratamiento ya que el incremento del impulso vital puede ser un riesgo.

Los efectos secundarios de los ISRS son: náuseas, dolor de cabeza, anorexia, mareo, disfunciones sexuales, (disminución del interés sexual, dificultades de erección, retraso para alcanzar el orgasmo). (17, 21,22).

Para alcanzar en lo posible una cifra alta de éxito, menores efectos indeseables y una acción de larga duración, deben observarse las siguientes reglas: (17, 21,22)

- 1.- Empezar temprano con los antidepresivos
- 2.- Dosificar en forma suficiente
- 3.- Tratamiento de cuatro semanas con un agente antidepresivo
- 4.- Prescribir antidepresivos incluso después de observar mejoría
- 5.- Iniciar lentamente el tratamiento y suprimirlo lentamente
- 6.- Recetar solo un envase
- 7.- Los exámenes de rutina son necesarios para todos los antidepresivos
- 8.- Adquirir experiencia básica con pocos antidepresivos
- 9.- Probar cuidadosamente las combinaciones
- 10.- Valorar la profilaxis con litio en las depresiones de evolución fásica.

#### 1.1.11.11 EVALUACION DEL TRATAMIENTO

Por lo general, la literatura indica que una depresión grave aguda responde bien a la TEC, una depresión menos grave responde bien a los triciclitos, el litio o a los tricíclicos pueden ser útiles agentes profilácticos contra la depresión:

En general la psicoterapia combinada con el tratamiento medicamentoso ofrece el mejor pronóstico en la mayoría de los trastornos afectivos. (22, 23,24)

#### 1. 1. 12 CURSO Y PRONOSTICO DE LA DEPRESION

Es bien sabido que la mayoría de trastornos afectivos son autolimitados con buenos pronósticos, aun en ausencia de intervención de tratamiento. El pronóstico de un solo episodio afectivo, es comúnmente benigno, pero no son raras las recurrencias. El pronóstico de la enfermedad a lo largo del tiempo, también es favorable según lo han confirmado varias publicaciones recientes.

El 70 al 85% de pacientes con trastornos agudos, tanto primarios como secundarios, tiene notables remisiones completas. (, 17, 20,21).

Antes de 1950, la duración aproximada de los episodios depresivos agudos era de 6 a 8 semanas, actualmente, con los tratamientos somáticos, incluyendo el medicamentoso, la enfermedad aguda se ha reducido a unas cuantas semanas. Cerca del 15% de pacientes con depresión, llega a la depresión crónica. (22).

Esto tiende a ocurrir a medida que el paciente envejece y tiene menor ayuda social. Hay un alto riesgo de recurrencia en los principales trastornos afectivos, tanto primarios como secundarios. Cerca de la mitad de estos sujetos tiene más de un periodo de depresión.

En la depresión grave, el suicidio es la principal complicación. En el curso de una vida de depresión primaria o secundaria, existe el 15% de posibilidades de suicidio. Es un error pensar que si una persona habla sobre el suicidio, sea incapaz de intentarlo.

Se han establecido guías para identificar al paciente potencialmente suicida, además del índice del juicio clínico del médico tratante. (23)

La mayoría de los suicidios no son impulsivos si no planeados. (22)

La intención del suicidio, es con frecuencia comunicada por el paciente deprimido a los amigos o a la familia.

La desesperanza parece ser el puente de enlace entre la depresión y el suicidio.

El suicidio es tres veces más común en hombres que en mujeres y más frecuente entre los ancianos, en especial en aquellos que han perdido a su pareja por la muerte separación o suicidio.(23)

El riesgo para la autodestrucción aumenta con el antecedente familiar de suicidio o con la existencia de un intento previo. (22).

La única regla general es que todas las amenazas de suicidio deberán tomarse con seriedad y todos los pacientes que amenazan con matarse deberán ser examinados por un psiquiatra. (23).

### 1. 1. 13 PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

Del mismo modo que el Médico Familiar esta situación ideal para reconocer las depresiones de manera temprana, también esta en posición única para prevenir la depresión y tratar los grados menos graves de este trastorno afectivo. Una de las causas más frecuentes de depresión es la falta de amor en la infancia, producida por padres manifiestamente críticos, que son negligentes de las necesidades de sus hijos, de estimularlo constantemente. (20, 21,22)

Al corregir las relaciones defectuosas entre padres e hijos, al principio de la infancia el Médico Familiar estará en condiciones de prevenir las depresiones graves de la vida futura. La relación entre el médico y el paciente constituyen un elemento poderoso de los muchos que posee el médico. (22, 23,24).

Basta con demostrar entereza en el bienestar de un paciente deprimido e indicar la conveniencia de ayuda para que se mejore. (21,22).

En atención de los pacientes gravemente deprimidos que son suicidas potenciales, el Médico Familiar debe trabajar con un Psiquiatra y con los otros médicos conviene que intervengan. Debiendo vigilar las prescripciones para evitar que el paciente haga mezclas de las dosis letales de medicamentos. También se necesita que el Médico Familiar tratante de un paciente deprimido, se ponga de acuerdo con otros miembros de la familia, indicándoles sus preocupaciones frente del paciente e insistir en que ellos también participen en la reintegración y tratamiento del paciente. (21).

## 1.1.14 ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

### 1.1.14.1 TEORÍA MOLECULAR

Supone principalmente que la duración de la vida de algunas especies está gobernada por los genes que interactúan como los factores ambientales. Dichos genes, segmentos de nucleótido del ácido desoxirribonucleico (ADN), contienen la información que es transcrita al ácido ribonucleico (ARN) y subsecuentemente traducida a proteínas, estas son estructuras de colágeno y queratina que tienen función de enzimas y receptores que les permiten regular la forma y función de los organismos. Algunas de las teorías moleculares atribuyen errores a este programa genético, como son:

**Restricción del Codón:** la información guardada en el ADN en realidad solo una parte de la información total dirige la estructura y función del organismo y es utilizada por la célula en un tiempo dado, esta teoría se basa en la hipótesis de que la exactitud de esa translación depende de la habilidad celular de transcribir el codón en moléculas de ARN mensajeras, que se deterioran con el envejecimiento. (17,18).

**Mutación somática:** La alteración de la estructura de la molécula de ADN cambia a su vez el mensaje genético y produce una estructura proteica que ocasiona déficit fisiológico, la exposición a radiaciones daña el ADN y tiende a inducir mutaciones que conducen a una progresiva pérdida de genes. La exposición acorta la esperanza de vida y aumenta la aberración cromosómica. (18).

**Error:** La función y la forma de los organismos están dirigidas por proteínas con estructuras y funciones específicas. Algunas de estas proteínas, como la polimerasa de ARN, intervienen en la producción de otras proteínas. La teoría se amplió para investigar los errores que se producen en las etapas de transferir y transcribir la información, y los efectos de la consiguiente acumulación de proteínas defectuosas que causan envejecimiento. La disminución de la actividad fisiológica de los tejidos es mayor con la edad debido a la acumulación de las proteínas alteradas, aunque muchos informes sostienen que los errores en las proteínas no pueden causar envejecimiento. (17,18).

**Regulación Genética:** Explica dos puntos a determinar la declinación gradual en la adaptabilidad al ambiente después de alcanzar la madurez reproductiva y la aparente duración de la vida de las especies. El envejecimiento puede ser el resultado de los cambios de la expresión de los genes después que se ha alcanzado la madurez reproductiva. (18).

### TEORÍA CELULAR

Los cambios en las proteínas (estructura y función) y otras macromoléculas pueden deberse a la edad. Estos cambios ocurren con el paso del tiempo por influencia de factores ambientales (nutrición, estrés), pueden ser químicos, morfológicos o ambos, y comprometen a las enzimas, las hormonas, los pigmentos, la permeabilidad de la membrana, las macromoléculas y a varias organelas celulares, como los lisosomas y las mitocondrias. (17,18,19)

**Reposición:** El organismo posee un mecanismo apropiado que le permite reparar los daños. Esta teoría se origina en la duración de la vida de los poiquilotermios, que se acorta por el aumento de la temperatura ambiental y se prolonga con su disminución, así como sucede con las reacciones químicas, que se aceleran cuando aumentan la temperatura y se hacen más lentas con su descenso. (17,18)

**Lipofuscina:** La acumulación de esta es el cambio asociado más notable en una gran variedad de células de muchos microorganismos. Esta se deposita en células no divididas, tales como las neuronas y las células miocárdicas. Se ha informado por algunos autores de su acumulación en sitios como la corteza cerebral y el hipocampo de los humanos, la velocidad de la acumulación disminuye la duración de la vida. (17,18).

**Radicales Libres:** Esta plantea la posibilidad de que algunas sustancias tóxicas de tipo endógeno, como ciertas toxinas alimentarias o el tabaco al acumularse en el organismo, induzcan en estos cambios propios del envejecimiento, que pueden desencadenar enfermedades, como neoplasias y arteriosclerosis. (17).

**Enlace Cruzado:** Se basa en el colágeno extracelular proteico y fibroso, es sintetizado por todo tipo de células y se deposita extracelularmente en todos los tejidos. El aumento de las uniones de colágeno lo hace más insoluble con el envejecimiento, se correlaciona con un incremento en la rigidez de la membrana celular como causa probable de la disminución en la conducción de potasio. (17, 18,19)

### **TEORIA SISTEMICA**

Describe el envejecimiento del organismo como el deterioro en la función de sistemas claves, tales como el sistema nervioso, el endocrino o el inmunológico. Estos deterioros pueden estar genéticamente programados, como ocurre con las etapas tempranas del desarrollo y la duración de la vida, o producirse como consecuencia de cambios ambientales.

La eficacia de ajuste homeostático disminuye con la insuficiencia consecuente de los mecanismos de adaptación, de envejecimiento y de muerte, que puede ser vista como una falla. La adaptación al estrés, ya sea extremo (ambiental) o interno (emocional, hormonal, inmunológico y metabólico), depende del control de los sistemas nervioso y endocrino.

Las neuronas actúan como marcapasos que regulan el reloj biológico que gobiernan el desarrollo y el envejecimiento. Con el tiempo, los cambios propios del envejecimiento pueden provenir de un deterioro programado o del cese de los programas que controlan la homeostasis. (17, 18,19).

#### **1.1.14.2 CAMBIOS DEGENERATIVOS CELULARES**

El envejecimiento es universal (ocurre en todos los miembros de las mismas especies, es un proceso intrínseco, independiente de los factores ambientales, progresivo, ocurre gradual y acumulativamente, continua con la disminución de la capacidad funcional hasta llegar a la muerte. (17).

**Envejecimiento celular:** Los tejidos están formado por una extensa variedad de células y elementos extracelulares, cada uno de estos organismos envejece a su propia velocidad y a cualquier edad. El grado de deterioro varía de acuerdo con el tipo celular. Dentro de la célula, las organelas envejecen a diferente velocidad, y depende de ellas que un pequeño deterioro resulte crucial para su función y tenga repercusiones bioquímicas para la integridad celular. (18,19).

**Cambios en la membrana:** Es particularmente importante el incremento del transporte de membrana, así como la reserva para los movimientos y la división celular. Los cambios en la membrana pueden inducir alteraciones en la respuesta celular que incluyen la excitabilidad, el transporte y la respuesta a la estimulación endógena y exógena. Los receptores de la membrana lipídica se unen en complejos receptores que se acumulan, formando cápsulas, de tal manera que disminuye su capacidad individual en la vejez, y en algunos casos se acelera el envejecimiento, como en el Síndrome de Down. (17).

**Daño y Muerte Celular:** Es difícil distinguir entre una célula normal y otra anormal, es incluso difícil diferenciar una célula adulta de otra envejecida. El edema ligero de la mitocondria aumenta con los niveles de sodio intracelular y al parecer es un criterio para evaluar el daño o envejecimiento de una célula. Los cambios morfológicos representan solo una parte, los cambios bioquímicos y funcionales consisten en modificaciones en la estructura que las preceden. (17).

**Cambios enzimáticos:** Son proteínas específicas que catalizan reacciones químicas en los sistemas biológicos. Los enzimáticos fueron los primeros cambios bioquímicos demostrados que ocurren durante el envejecimiento. (17,18).

**Cambios Inmunológicos:** Tiene a su cargo la inmensa tarea de reconocer lo que es ajeno al propio organismo, debe defenderse de gran variedad de agentes patógenos y debe ser sensible para distinguir las células que hayan aparecido por ejemplo tumores, de las células normales. Debido a la relación entre función inmunológica y envejecimiento, el consiguiente aumento de la producción de anticuerpos y la eventual degeneración de los tejidos pueden estar estrechamente asociados a una patología. Se ha sugerido que la deficiencia en el sistema inmunológico puede causar el envejecimiento humano. (17, 18,19).

**Cambios Funcionales:** Los desórdenes del sistema nervioso central son los que comúnmente causan más daños en los ancianos y producen cerca de la mitad de las discapacidades en el grupo de personas mayores de 65 años, originando más del 90% de los casos de dependencia total, disminución de la memoria, del intelecto, la inteligencia, la pérdida de las facultades sensoriales, el equilibrio y la coordinación. . (17,18).

**Cambios en la composición corporal:** La disminución de esta lleva a la reducción de la masa y fuerza muscular, y constituye una muestra inequívoca de envejecimiento. La redistribución del volumen graso, con la consiguiente disminución de la adiposidad periférica subcutánea, produce el acentuamiento de los pliegues de la piel y la aparición de arrugas. (17).

### 1.1.14.3 CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD FISICA

**Sistema Cardiovascular:** La presbicardia se define como la predisposición del corazón envejecido a desarrollar arritmias y falla en condiciones de estrés. Se prolonga el tiempo de la contracción y relajación del músculo cardíaco, se reduce la capacidad ventricular izquierda y disminuye la respuesta simpática. Las arritmias aumentan en los ancianos sintomáticos (69% de las arritmias ventriculares 10% de bradicardia sinusal, 6% de fibrilación auricular paroxística). (17, 18,19).

**Sistema Pulmonar:** Son tres elementos básicos del envejecimiento pulmonar: disminución de la elasticidad pulmonar, aumento de la rigidez de la pared torácica y disminución de la fortaleza de la musculatura respiratoria.

La reducción de la elasticidad lleva a una disminución del retroceso elástico pulmonar con volúmenes altos. (17,18).

**Sistema Músculo esquelético y óseo:** En los ancianos aumentan la inestabilidad postural, los trastornos vestibulares y el desequilibrio del cuerpo. Se han documentado cambios en la latencia, el tiempo y la amplitud de la respuesta muscular postural asociados con cambios debidos a la edad. La pérdida ósea se manifiesta a partir de la quinta década en ambos sexos, pero reproduce más rápidamente en las mujeres que en los hombres. (17,18).

La mayor pérdida ósea del esqueleto proviene de la corteza ósea, aunque en términos proporcionales el área trabecular del hueso es la más severamente afectada. (17,18).

**Cerebro:** El peso y el tamaño del cerebro disminuye entre 100 y 150 gramos(10%) desde los 20 años hasta los 90 años por la reducción de los lípidos y las proteínas encefálicas. Hay un estrechamiento de los giros y las circunvoluciones y una ampliación de los surcos, con aumento del tamaño de las cisternas y los ventrículos. Es característica la disminución del número de neuronas desde la época temprana de los 20 años hasta el 30% hacia los 30 años, la mayor pérdida se observa en la circunvolución temporal superior, la precentral y temporal inferior. Los neurotransmisores diarios experimentan alteraciones por envejecimiento entre ellos la acetilcolina, la dopamina, la norepinefrina, la serotonina, endorfinas y encefalinas entre otras. (17, 18,19).

#### **1.1.14.4 CAMBIOS EN LOS PROCESOS HOMEOSTÁTICOS**

Entre los factores que contribuyen al envejecimiento endocrino están los endógenos, como los endocrino-neurales, la composición corporal y la enfermedad, los factores exógenos, como la enfermedad, la medicación, las drogas, que se incluye el alcohol y el tabaco, la dieta, el ejercicio y los factores sociales. El páncreas es un órgano especialmente afectado por el envejecimiento debido a sus modificaciones, entre las cuales se menciona una alteración de la tolerancia a la glucosa en el 16% de las personas de 65 años y 25% a la edad de 85 años. Los niveles de glucosa en sangre en ayunas son, por lo tanto, más altos entre los ancianos 120 a 140mg/dl que en las personas jóvenes. (17)

Entre los factores responsables del envejecimiento se ha mencionado la mala absorción intestinal de la vitamina D. En mujeres posmenopáusicas la pérdida de estrógenos puede contribuir a reducir los niveles de 1,25hidroxicalciferol resulta de una alteración de la absorción intestinal del calcio que, como resultado, causa aumento de la secreción de la paratohormona. Cambios en la termorregulación: Ningún cambio biológico en la vejez es tan dramático como el que ocurre en la piel y anexos, el pelo es canoso y las arrugas faciales son pruebas irrefutables del paso de los años. El componente conectivo más importante es el colágeno. (17, 18,19).

#### **1.1.14.5 CAMBIOS EN LA REGULACION DEL VOLUMEN LÍQUIDO.**

En los ancianos disminuye la masa renal, más en las zonas corticales que en las medulares, por glomeruloesclerosis se reduce el número de glomerulos funcionales. El flujo plasmático renal desciende en un 10% por cada década, después de los 40 años la tasa de filtración glomerular disminuye progresivamente 1ml/min./año hasta los 80 años.

En el riñón hay disminución de la hidroxilación como parte del envejecimiento disminuye la síntesis de 1,25 hidroxivitamina D, también afectándose la capacidad de dilución y concentración de agua, lo que ocasiona finalmente la deshidratación los ancianos tienen menos sed y en ocasiones usan diuréticos, el riñón de un anciano sano es capaz de mantener una distribución de agua, electrolitos y un equilibrio ácido-básico dentro de los límites homeostáticos. (17, 18,19).

**Tracto Gastrointestinal:** En el nivel oral la pérdida de las piezas dentarias disminuye la eficiencia masticatoria, cambios en la sensación del gusto, aumentar el sabor amargo, desciende la producción y la viscosidad de saliva alterando la motilidad de la lengua y la deglución de los alimentos, también decrece la actividad enzimática.

**Hígado:** La capacidad de los ancianos para metabolizar las drogas en relación con los adultos jóvenes se reduce a la mitad la tercera parte. (17, 18,19).

Visión: La presbiopia se debe a la menor elasticidad del cristalino para aumentar la curvatura y a su paulatino engrosamiento, hay reducción del tamaño pupilar con miosis persistente hay esclerosis nuclear que se transforma en catarata y hay reducción de la secreción lacrimal.

Audición: La presbiacusia es definida como una disminución de la función auditiva relacionada con la edad en un 30% a 40% de la población de 70 años hay pérdidas apreciables de 5 decibeles alterando el procesamiento auditivo para tonos altos y la discriminación del lenguaje.

Los cambios en la estructura y función del organismo especialmente los de los sistemas músculo esquelético, óseo y nervioso, explican porque en el anciano tiende a perder su capacidad de funcionalidad en relación con las actividades cotidianas y aumentar su dependencia.

#### **1.1.15 PSICOLOGIA DE LA SENECTUD**

Si el envejecimiento humano es la acción del tiempo sobre la persona, el envejecimiento psicológico, es la acción del tiempo sobre la personalidad, conjunto de caracteres resultantes de la integración de factores psicológicos (inteligencia, afectividad, voluntad, etc.)Y biológicos (fisiología y morfología) que diferencian unos individuos de otros. Como al individuo no se le puede dividir en compartimentos separados en cuanto al ser físico, psíquico, y social, hay que considerarle siempre en unidad y a la vez observarle en esa triple dimensión, para comprender como es la vejez. (18, 20,23).

##### **1.1.15.1 PERSONALIDAD DEL ANCIANO Y ENTORNO SOCIOCULTURAL**

Hay que tener presente que la personalidad aun en la vejez, no es una referencia estática del individuo anciano, ni un mero dato biológico, sino una elaboración, consecuencia de interacciones constantes entre el individuo y su ambiente. Esa elaboración es susceptible en trastornos de desorganizaciones, por efecto del deterioro funcional que ocasiona el transcurso del tiempo vivido y por la patología asociada que puede acumularse en el organismo, mas las consecuencias biológicas del estrés que conllevan las crisis físicas, psíquicas, y sociales.

El envejecimiento psicológico, no se puede abstraer, para conocerlo y comprenderlo, habrá que saber de las condiciones biológicas del individuo y su entorno sociocultural, (familiar, amigos,) y su balance biológico (de salud sobre todo), de su cuerpo y la percepción que tenga de si mismo. (22).

### 1.1.15.2 CAMBIOS DE OBJETIVOS DE RITMO DE VIDA CON LA EDAD

Algunos psicólogos argumentan que existe un ritmo o tiempo de vida en cada edad. Así se llega a la conclusión de que existen fases claramente marcadas que atraviesan los adultos, las cuales también apreciamos muy diferentes en el modo de vivir de los jubilados de la tercera edad. En general esas fases en el adulto mayor suelen ser sucesivamente: constructiva, de culminación y de retirada o reducción. Esta última, mas acusada ya en el anciano, es lo que Cumming y Henry describieron en 1961 (17,18,19), como el proceso de desligamiento, en el cual el individuo voluntariamente abandona funciones activas en la sociedad; si bien, este abandono no siempre es voluntario, sino impedido por decisiones de la administración o coaccionando por presiones sociopolíticas. (18, 20,22).

El "desligamiento" contribuye a la satisfacción vital de muchos ancianos, pero no es igualmente óptimo para todos ellos, ya que cada personalidad lo acepta o lo rechaza, según muchas circunstancias. (19,20).

Varios autores (19, 20, 21, 22, 23,24) comentan, que hay ancianos que mejoran en su carácter y género de vida si establecen nuevas relaciones afectivas y sociales incluso con edad muy avanzada; ello demuestra que todo individuo, aun en su senectud, constituye siempre un sistema biológico de conducta de interacción con los estímulos que recibe de un ambiente social concreto.

Por ello Alonso Fernández (21,22), sugiere que no se puede establecer una nomenclatura rígida en edades sucesivas en el curso de la vida del hombre. Así señala que hay adolescentes que pasan ser envejecidos sin haber madurado nunca, otros quienes solo maduran en la vejez sin llegar a tener psicología ni conducta de ancianos; mientras que algunos de estos regresan a formas de reaccionar infantiles.

### 1.1.15.3 CONDICIONAMIENTOS DE LA PERSONALIDAD DEL ANCIANO

En la senectud, la persona presenta una reestructuración con sus aspectos positivos y negativos.No es normal la tendencia por parte del anciano a una personalidad deprimida o demenciada, ya que estas formas son psicopatogenicas.

En los ancianos normales las pérdidas tratan de compensarse mediante actitudes nuevas o un sentido estratégico especial en la vida. (23).

En conjunto, la persona de edad, es frágil por el deterioro de funciones físicas y psíquicas, sensible a las agresiones físicas o afectivas, que busca por todos sus medios, como en toda edad, un equilibrio que le permite mantener su propia identidad.

El deterioro afectivo puede ser consecuencia tanto de deterioro intelectual como de los cambios que padece la propia afectividad y emotividad del anciano. (22,23)

No es fácil hasta donde este deterioro es normal y cuando comienza a ser patológico. Si se acompaña de agresividad, ansiedad y/o agitación, son indicio de deterioro intelectual anormal. La inseguridad y la angustia pueden hacer al viejo caprichoso, hipocondríaco, versátil o egoísta.

La mala salud implica el que los intereses del anciano se concentren en si mismo, siendo aquella su principal preocupación. (19, 20,21).

El deterioro fisiológico ocasionado por el propio envejecimiento es suficiente por si mismo para Producir cambios en la psicología del anciano. (18).

Estos cambios son ocasionados por la degradación sensorial que le crean problemas en la percepción del mundo y de sí mismo, el deterioro motriz, que le quita capacidad de autonomía y limita sus desplazamientos para trabajos, juegos y viajes, etc., la senescencia cerebral, que le hace perder memoria, cambios en los deseos etc.



Aunque la senescencia no afecta por igual a todos los organismos y sistemas, si hay, a la larga, en toda persona que envejece un progresivo enlentecimiento sensorial y motriz. La movilidad es más lenta con los años; se inician dificultades en la acomodación ocular, pérdida de la calidad de visión y debilitamiento auditivo, sobre todo para los sonidos agudos. (18, 23,26).

Todo ello conlleva a que la calidad y cantidad de las informaciones que recibe de su mundo exterior se reduzcan en el anciano, en general la atención declina, lo que el campo intelectual provocará pérdida de la eficiencia y de posibilidad de realización.(27)

Las perturbaciones o declinamientos en la memoria son propiamente percibidas por la persona que envejece y los que le rodean, aunque la edad no afecta por igual a todas las estructuras implicadas en los mecanismos de la memoria.

Se sabe que hay un déficit de aprendizaje, otra de conservación y otra de evocación. Existe memoria auditiva, visual, táctil, de cifras, palabras sucesos, personas, etc. (18, 23, 24,25).

En general, suele predominar la degradación de la memoria inmediata sobre todo en hechos recientes; por ello las cuestiones memorizadas en etapa senil se olvidan fácilmente, mas que las memorizadas en el adulto joven.

El desinterés por las novedades es otra característica del anciano, que no pudiéndose enriquecer con aportaciones nuevas, se aferran a sus ideas y pertenencias, lo que les hace evolucionar dentro de un mundo limitado en el que las personas y los objetos toman proporciones desmesuradas.

Ello repercutirá en su vida intelectual, que se notará además por baja de las facultades intelectuales, moviéndose estas en círculo vicioso en el que las alteraciones de la vida afectiva, en un sentido de estrechamiento, tienen también importancia. (19, 23, 26,27).

El anciano posee mecanismos compensadores, de las declinaciones o perturbaciones de la percepción, los cuales no siempre alcanzan su propósito, no obstante, a veces es mas importante que el logro compensatorio, el valorar en el anciano, su sentido estratégico para intentar la compensación del déficit y buscar una forma de adoptarse a su nueva situación. El viejo inteligente tiende a evitar lo no esencial, agudizando su capacidad de compensación, aunque esta a larga resulta frágil, sin embargo, es capaz de establecer automatismos en sus pensamientos que le permiten actuar con juicios ya elaborados y constados por el. (18, 19,20)

El anciano busca el sentido de las cosas y si comprende y se interesa, es capaz de realizar aprendizaje, incluso superando a los jóvenes, si se le da el tiempo suficiente.

También establece un narcisismo compensador, como vía de solución a sus declinaciones, sobre todo afectivo psicosociales.

La evolución con la edad, de las denominadas "capacidades cristalizadas", ayudan a desarrollar los mecanismos compensadores necesarios para el anciano, para adaptarse al medio. (19, 20,21).

#### 1.1.15.4

#### PERFIL DEL PSICOTIPO PREVALENTE EN LA TERCERA EDAD.

Las modificaciones de la personalidad por el envejecimiento no han sido aun suficientemente investigadas.

De ahí que los datos que existen sobre dicha cuestión sean pares y muy heterogéneos, sobre todo en lo que conciernen a psicotipos normales o patológicos en la senectud. (23).

Un perfil común en todo anciano, por supuesto estereotipado es el del viejo egoísta, egocéntrico, autoritario, que tiende al aislamiento social y a la pasividad.

Tal perfil corresponde mas al senil, que a la gente normal, activo, jubilado, de tipo medio que entra en la "tercera edad" .Lo mas habitual es que los rasgos del adulto mayor sano se mantengan en su senectud. (18, 25,26).

Estos son los psicotipos que Richard estableció entre los envejecidos: (23, 24,26)

- 1.- El cómodo, habitualmente adaptado, pasivo dependiente de los demás, que suele ser extrovertido expansivo.
- 2.- El inadaptado irascible, clásico "cascarrabias" gruñón y frustrado.
- 3.- El desconfiado, mal adaptado, así mismo frustrado, que se hace múltiples reproches
- 4.- El adaptado a la defensiva, suele ser muy activo y emprendedor.
- 5.- El integrado activo, calificado por Richard como "maure group", que satisfecho de si mismo, espontáneo, disfruta de la vida, sin ser impulsivo en sus actos, suele tener varias aficiones y tiende a ser tolerante, sin ser complaciente, y muestra inclinaciones protectoras hacia los niños, animales, plantas, etc.

Por su parte Savage (23, 24,25). Estableció 4 grupos:

- 1.- Los maduros, autosuficientes, decisivos, independientes, generalmente personas con "mucho mundología", emocional y efectivamente bastante estables, astutos, bien ajustados socialmente, pero con frecuencia rígidos en sus pensamientos e ideas.
- 2.- Los normales, también autosuficientes y ajustados socialmente, prudentes y cautelosos; por ello son recios a los cambios, muy analizadores del todo y calculadores antes de tomar cualquier decisión.
- 3.- Los introvertidos, constituyen un grupo con muchas variables, pues entre ellos también los hay adaptados socialmente y otros que no lo están; muy apegados a sus pertenencias o valores, suelen ser reservados, sobrios y hasta taciturnos, generalmente tímidos y retraídos, y se auto reprimen siempre que pueden.
- 4.- Los perturbados, también constituyen un grupo muy heterogéneo integrado por individuos que, sin ser enfermos mentales, se sitúan en las fronteras de la psiquiatra, por sus problemas y dificultades, inadaptados familiares y socialmente, inestables, crean conflictos en su entorno y se los creen ellos mismos, siendo con frecuencia muy irritables.

#### 1.1.15.5

#### ESPACIO PERSONAL DEL ANCIANO.

A medida que envejece, el individuo otorga cada vez mayor importancia psicológica al espacio físico y social que vive, el más inmediato a su persona.

El sentimiento personal de territorialidad que le pertenece o acostumbra a usar como suya, la necesidad de intimidad frente a aglomeraciones de otras personas, etc., constituyen la denominada relación proxémica, comentada por Yela (22,23) , como aspecto importante de la psicología el envejecimiento. (23, 24,25).

Existe una serie de normas proxémicas aceptadas socialmente, que los ancianos cambian consciente o inconcientemente, lo que les puede causar problemas de convivencia.

Así por ejemplo, la distancia normal cuando se dialoga en nuestra sociedad occidental desarrollada es de metro a metro y medio entre los interlocutores. Una distancia mayor es aceptable en ocasiones solemnes o de protocolo; y se acentúa todavía más, se interpreta como hostilidad, defensa o frialdad de relación. (24)

Distancias menores suelen ser motivadas por la intimidad o el afecto, pero si no existen esas circunstancias, la excesiva aproximación a la otra persona puede suponer una invasión impertinente o desagradable o bien denotar un estado de agresividad, al menos por otra parte. Por sus dificultades de percepción sensorial, los ancianos suelen acortar esa distancia, y pueden interpretar una distancia en principio normal como signo de rechazo o de poco afecto. (24,25).

Las preferencias de los ancianos por lugares privados o colectivos es variable según los psicotipos referidos. Pero en general los viejos tienen más dificultades para percepción auditiva y visual, en ambientes muy concurridos y ruidosos. (25).

#### 1.1.1.15.6 ORGANIZACIÓN PROXÉMICA DEL VIEJO

Las necesidades territoriales de los ancianos en familia, en instituciones asistenciales y sus centros de convivencia, (club, hogares, casinos, centros de recreo, etc.) han sido comentados por Calvo Melendo; este refiere anécdotas muy demostrativas de que para el anciano, habitualmente sedentario, la butaca, la silla, el lugar de la mesa, ante la televisión, etc., son algo más que muebles o sitios, constituyen en efecto, algo personal, perteneciente a él mismo. Un lugar habitual en la capilla, la sala de juegos, se defiende contra la ocupación del mismo por otro que, tal vez por confusión, intenta utilizarlo. (18, 20, 23,24)

Si la salud empeora, el anciano disminuye sus apetencias de territorio, cuando su envejecimiento acentúa, tiene un comportamiento nidícola, esto es: busca medios y situaciones que lo hagan revivir la sensación y bienestar propios de la vida intrauterina, o de las aves en el nido protegido por los padres. Los ancianos normales en residencias manifiestan una problemática psicoafectiva en relación con su sentido proxémico personal: así, los que no tienen dormitorio individual, defienden más agresivamente como propios sus lugares preferentes en las salas comunes que más suelen utilizar; de no respetarse sus deseos, motivan conflictos de convivencia, llegando en ocasiones a agresiones físicas. Si al anciano se le da una habitación para él solo, mejora su carácter, adaptación al medio, sociabilidad con los demás. (23, 26, 27, 28,29)

La Psicología normal o alterada del anciano depende mucho del ambiente y su espacio, tanto en familia como en instituciones; está comprobado que el poder aislarse a ratos y voluntariamente, en ocasiones facilita las relaciones interpersonales.

Esta problemática del espacio y de las relaciones proxémicas del anciano es una expresión más de que la adaptación al medio es decisiva para su situación de bienestar y en suma, de que su psiquismo se halle normal o perturbado. (23, 26,27).

### 1.1.15.7 LA FAMILIA EN LA ENFERMEDAD

El ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales. Existen múltiples definiciones de familia ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familia, y como los individuos y la sociedad varían de cultura en cultura, así también lo hacen las familias. (24, 25,26).

**Taparelli:** La palabra familia deriva del latín *fames* ya que es una de las necesidades que resuelve esta sociedad humana.

**Marques de Morante:** La palabra familia deriva de *famulus* (siervo), a su vez del primitivo *famul*, originado de la voz osca *famel* que significa esclavo.

**Mendizábal:** El origen de la familia deriva de *fames* (hambre), por lo que tenemos en castellano; hambriento de hambre.

**Rodríguez de Zepeda.** Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por binóculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.

**Trendelenburg:** Existen en la familia tres sociedades unidas; la conyugal y la filial.

**Anónimo del siglo XIII:** Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella.

**Fernández de Moratín:** Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

**Góngora:** Cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella.

**Alarcón:** Gente que el señor sustenta dentro de su casa.

**Bochofen:** Proviene de la raíz latina *famulus* que significa sirviente o esclavo domestico.

**Bottomore:** Señala que la familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente duradera para la procreación y la crianza de los hijos.

**Murdock:** Agrega que las relaciones sexuales que se efectuaban entre los cónyuges son socialmente aceptables.

**Ackerman:** la define como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso.

**Minuchin:** la define como el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia.

**Censo Canadiense:** esposo y su esposa con os in hijos o padre o madre con uno o mas hijos que viven bajo el mismo techo.

**Censo Americano:** Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción reciproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad.

**Diccionario de la Lengua Española:** Se debe entender al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Numero de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes y descendientes, colaterales y afines de un linaje.

**OMS:** Señala que la familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado, por sangre, adopción y matrimonio.

El estudio del ciclo de la familia permite al medico analizar genéricamente la historia natural de un familia, desde su formación hasta su disolución .Con ello el médico familiar pude estera en la posibilidad de prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma a la salud familiar. (24, 25,26).

El ciclo de vida familiar puede ser descrito en un a gran variedad de formas con un numero de estadios que varían entre 4 y 24. La forma mas comúnmente usada es la propuesta por Duvall en 1971 la cual se muestra modificada:

### Ciclo de vida Duvall:

- 1.- Recién casados (sin hijos).
- 2.- Nacimiento del 1er hijo (hijo mayor, nacimiento a 30 meses).
- 3.- Familia con hijos preescolares (hijo mayor, 30 meses a 6 años)
- 4.- Hijos escolares (hijo mayor, 6 a 13 años).
- 5.- Familia con adolescentes (hijo mayor, de 15 a 20 años).
- 6.- Época de desprendimiento (separación del primero al último hijo)
- 7.- Padres nuevamente solos (separación del último hijo, jubilación)
- 8.- Años finales (padres retirados, muerte).

La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere: la familia por su parte sigue un patrón similar:

#### 1.- FASE DE MATRIMONIO

Inicia con el vínculo matrimonial concluyendo con la llegada del 1er hijo.

#### 2.- FASE DE EXPANSIÓN

Se incorporan nuevos miembros a la familia

#### 3.- FASE DE DISPERSIÓN

Todos los hijos asisten a la escuela y no están trabajando, hijos en adolescencia

#### 4.- FASE DE INDEPENDENCIA

Los hijos han formado nuevas familias, tiene una duración aproximada entre 20 y 30 Años.

#### 5.- FASE DE RETIRO Y MUERTE

Se caracteriza por 4 circunstancias difíciles

- Incapacidad para laborar
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos
- Abandono de sus hogares de origen y reclusión en asilos para ancianos.

Esquema propuesto por Geyman en 1980, es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. (24, 25,26).

La importancia de la familia y el anciano para el médico familiar; la valoración geriátrica debe ser global e integral, por lo que una intervención médica será efectiva siempre y cuando se incluya a la familia del anciano, situación con la que los médicos están poco habituados. Por lo tanto es necesario tener suficientes referencias al considerar que el anciano una entidad holística, es decir, que tiene relación con el medio ambiente (familia, equipo de salud) que lo rodea. (24, 25,26).

La falta de apoyo familiar, económico, de las redes de asistencia social, pueden ser los únicos factores que desencadenen problemas patológicos o de enfermedad y traducirse como trastornos del orden psicosocial (síndromes geriátricos), por lo tanto las intervenciones o guías de apoyo tendrán que ser a ese nivel. A manera de ejemplo citaremos el caso de la enfermedad de Alzheimer. La presencia de un anciano que padece de proceso demencial podría dar como resultado, en una familia funcional, desadaptación y sufrimiento tanto de la familia como del propio anciano y terminar en una situación de Crisis.

La respuesta para las alternativas en el manejo de este caso en particular serian, en primer termino, el conocimiento de la enfermedad o entidad sindromatica por parte de la familia, del anciano con demencia, para que este aporte de conocimientos resulten beneficiados; ello significa que la intervención será precisamente en el orden psicosocial para mejorar o amortiguar la calidad de vida del anciano demenciado y de su familia, ya que se desconoce la causa de la enfermedad y no existe por el momento cura medica de tal padecimiento.

No olvidar que cada intervención es diferente, para cada anciano y su familia son diferentes en comparación a otros, esto significa que el abordaje y evaluación, así como la iniciativa de tratamiento y manejo deben hacerse de manera individual. (24, 25,26).

Se recomienda valorar los siguientes puntos para poder abordar la problemática del anciano y su familia.

- 1.- La dinámica familiar
- 2.- Red de información
- 3.- Redes de apoyo psicoafectivo
- 4.- Establecer un plan diagnostico integral y global del anciano y su familia.
- 5.- Establecer un plan terapéutico de manera individual
- 6.- Prevenir o evitar la iatrogenia, abuso y negligencia del anciano.

Tomar en cuenta que la depresión es un padecimiento que puede pasar desapercibido o confundido con otros padecimientos y pasar por alto en los pacientes de la tercera edad un diagnostico y un tratamiento oportuno tanto a nivel individual como para su familia que es red de apoyo principal por ello es de vital importancia realizar una historia completa y una evaluación integral de todos los pacientes de la tercera edad. (24, 25,26).

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento se considera como un fenómeno reciente por sus repercusiones a nivel individual y colectivo. Se habla de que la población esta envejeciendo y también de un nuevo acontecimiento que es el propio envejecimiento de los ancianos. Estos fenómenos son característicos de los países industrializados, sin embargo en México, al igual que en muchos otros países en desarrollo, estos cambios se están generando de manera muy acelerada y se comienzan a vivir las consecuencias. (1, 3, 5, 7,8).

El hecho de pasar por alto la Depresión en los ancianos no es un problema nuevo, pero varios factores lo convierten en un motivo de preocupación que cada vez es mas urgente entre ellos están el aumento en el número de individuos de edad avanzada, la presión continua que se ejerce sobre los médicos de atención primaria no solo para diagnosticar, sino también para tratar los trastornos psiquiátricos a pesar del tiempo limitado en las consultas de control, y la disponibilidad de medicamentos antidepressivos seguros y eficaces, además que donde los hay se pasan por alto las oportunidades para hacer el diagnóstico y dar un tratamiento. (5, 6,7).

Las transiciones demográfica y epidemiológica provocan que México experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada. Se proyecta que las cifras de 1990, de 3.1 millones de personas con edades de 65 años y mas componiendo el 3.7% de la población total, sean de 15.2 millones y 11.7% para 2030. (1, 3, 5,7).

La Depresión es un problema de Salud Publica de alta incidencia y prevalencia a nivel mundial. En México, la práctica clínica evidencia que su frecuencia es elevada pero se carecen de cifras confiables en cuanto a su epidemiología sin embargo se mencionan en varios estudios que 10 al 15% de los adultos mayores en población general ha demostrado síntomas depresivos, 3% de los cuales tiene depresión mayor. Los adultos mayores dentro del hospital o en asilos tienen depresión en 35 a 75%. (3, 5,8).

De ahí la importancia de tener conocimientos suficientes sobre las enfermedades psiquiátricas siendo la más importante dentro de los adultos mayores la Depresión, que muchas ocasiones pasa inadvertido, se confunden los signos y síntomas o bien no se aplican escalas de evaluación oportunamente, por lo tanto no se lleva acabo una detección y un tratamiento eficaz (3, 5,8) no se encontraron estadísticas relacionadas a la Depresión en ancianos en el ISSSTE y en la Unidad de Medicina Familiar Clínica Dr. Ignacio Chávez.

El curso de salud del anciano se incorpora a una nueva visión, que la finalidad es desechar mitos y creencias equivocadas acerca de la vejez y se destaca la importancia de la detección y prevención oportuna para llegar a un envejecimiento exitoso. (3, 5,8).

El cuadro clínico de Depresión sin tratamiento tiende a la cronicidad originando a la familia serios problemas de desajuste, muchos años de sufrimiento y un deficiente rendimiento que puede repercutir en la estabilidad económica y social del núcleo familiar. La depresión en adultos mayores tiene una presentación diferente que en otras edades. Existe un estado de ánimo disminuido que frecuentemente coexiste con enfermedades físicas, estos pacientes minimizan las quejas de la depresión, o se quejan desproporcionadamente de padecimientos físicos.

Quizás la depresión sea resultado de la influencia que la tecnología moderna ha tenido sobre el mundo que vivimos, determinando profundos cambios nocivos al ambiente y a la sociedad que, pese a la gran adaptabilidad psicobiológica de los seres humanos, al parecer no lo ha superado del todo.

Para el Médico en el 1er nivel puede pasar desapercibida la depresión y frecuentemente tener presente esta posibilidad, prestarle un tiempo suficiente aunque solo se queje de un síntoma aislado, como por ejemplo la anorexia sin olvidar que un 10% de los pacientes atendidos por el Médico Familiar, presentan trastornos depresivos y solo una pequeña parte de ellos tendrán que ser remitidos a la especialidad de Psiquiatría.

Es importante destacar que los cuidados que se presten a los individuos y colectividades, abarcan aspectos biológicos, psicológicos y sociales que comprenden actividades de promoción, prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y reinserción social o rehabilitación.

Siendo la depresión en los Adultos Mayores un problema frecuente reportado en la bibliografía revisada, es conveniente detectar su frecuencia, sus características y particularidades de las familias de estos pacientes, así como identificar las de los que no se deprimen; en búsqueda de identificar factores de protección como pudiera ser el asistir a grupos de ayuda mutua. Este conocimiento proporcionara herramientas al médico en el primer nivel para ampliar el interrogatorio del paciente, identificar factores de riesgo, proporcionarle al adulto mayor alternativas terapéuticas dependiendo del grado que se detecte para ser canalizado oportunamente para su tratamiento, seguimiento, probablemente su resolución y prevenirles futuras recaídas .

Los medicamentos con que se cuentan en el 1er nivel de atención del ISSSTE y en general todo el sector salud son muy limitados y con muchos efectos colaterales en la edad adulta, por lo que es importante conocer la magnitud de problema para posteriormente proponer acciones de intervención, previniendo y detectando oportunamente.



## 1.4 OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Detectar la frecuencia de Depresión en personas de la Tercera Edad en la Clínica Dr. Ignacio Chávez e identificar las características sociodemográficas de sus familias

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar el grado de depresión de los pacientes detectados.
- 2.- Identificar el sexo mas afectado
- 3.- Identificar el ciclo de vida familiar en que se encuentran
- 4.- Identificar las características de los pacientes que no se deprimen
- 5.- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes no deprimidos.
- 6.- Identificar la percepción de la depresión en pacientes con y sin depresión.

## 2 MATERIAL Y METODOS

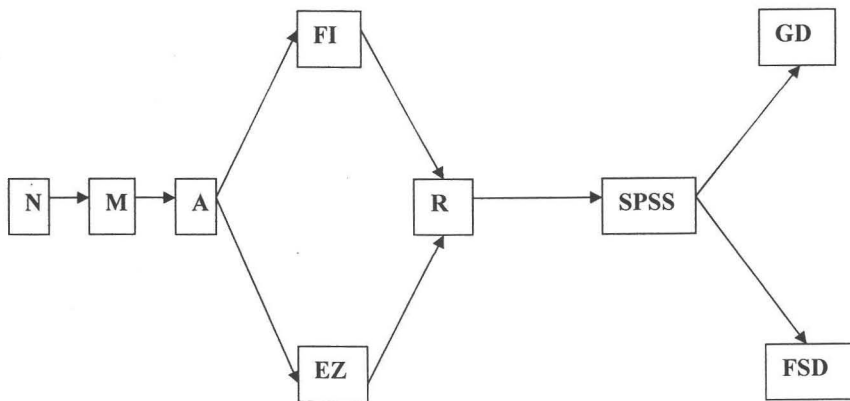
### 2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Comparativo, transversal, descriptivo y observacional.

#### Diseño de Investigación del estudio

El siguiente diagrama muestra el diseño del estudio: La población de referencia fue la adscrita a todos los consultorios de medicina familiar de ambos turnos de trabajo de la clínica:

Dr. "Ignacio Chávez" (N). Se selecciono una muestra obtenida por cuotas (M) de los pacientes que salieron de la consulta medica y se encontraron en la sala de espera de la clínica, y que cumplieran los criterios de inclusión, a todos los Adultos Mayores se les aplico dos cuestionarios ( A ) , ficha de identificación (FI) , la escala de Zung para Depresión (EZ).Se analizaron los resultados ( R ) , obtenidos grados de depresión ( GD ) y Factores Sociodemográficos ( FSD).



N Consultorios de la C.M.F "Dr. Ignacio Chávez "ISSSTE

M Muestra por cuotas

A Aplicación de cuestionarios

FI Ficha de Identificación

EZ Escala de Zung

R Resultados

SPSS Programa estadístico V.12.0

GD Grado de Depresión

FSD Factores Sociodemográficos

### 2.3 POBLACION:

Hombres y mujeres mayores de 59 años de la Clínica Dr. Ignacio Chávez que acudieron a consulta con el medico familiar en forma espontánea.

### LUGAR:

Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

### TIEMPO DE ESTUDIO:

Se realizo el estudio en un periodo de 2 meses junio y julio del 2005.

### 2.4 TIPO DE MUESTRA:

Es una muestra obtenida por cuotas de mujeres y hombres mayores de 59 años pertenecientes a los consultorios de la C.M.F. "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE del turno matutino y vespertino.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se utilizó la formula:

$$n = \frac{Z^2 p q}{E^2}$$

Se tomo un nivel de confianza de 90%, con un margen de error del 5%, y variabilidad del 0.8. Con lo que se determina un tamaño de la muestra de 150 encuestas.

### 2.5 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Ser derechohabiente del ISSSTE
- Ser mayor de 59 años
- Ambos sexos
- Estado civil diverso
- Accedan a contestar el cuestionario
- No presenten una patología Psiquiátrica
- No presenten problema de audición

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- No ser derechohabiente del ISSSTE
- Ser menor de 59 años
- Padecer una patología depresiva
- Estar bajo tratamiento psiquiátrico
- No deseen participar en el estudio

### CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Cuestionarios no contestados en su totalidad.

## 2.6 Variables

### Tipo y escala de medición

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
Numero de folio	Cuantitativa	Escalar	Numero consecutivo del 1 a 150
Edad en años	Cuantitativa	Escalar	Edad real Números enteros
Ocupación de la paciente	Cualitativa	Nominal	Agrupación por códigos: <b>1.-Jubilado</b> <b>2.-Pensionado</b> <b>3.-Comerciante</b> <b>4.-No trabaja</b>
Turno	Cualitativo	Nominal	1-Matutino 2-Vespertino
Estado civil del paciente	Cualitativa	Nominal	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Viudo 4.-Unión libre 5.-Divorciado 6.-Separado
Tipología familiar según de la Revilla en base a su estructura	Cualitativa	Nominal	1.NUCLEAR 2.NUCLEAR SIMPLE 3.NUCLEAR 4.NUMEROSA 5.NUCLEAR 6.AMPLIADA 7.NUCLEAR 8.AMPLIADA 9.BINUCLEAR 10.EXTENSA 11.MONOPARENTAL 12.SIN FAMILIA 13.EQUIVALENTES 14.FAMILIARES
Tipología familiar según Geyman en base a su Desarrollo	Cualitativa	Nominal	1. Moderna 2. Tradicional
Tipología familiar según Geyman en base a su Integración	Cualitativa	Nominal	1.- Integrada 2.-Semi integrada 3.-Desintegrada
Tipología familiar según Geyman en base a su Ocupacion	Cualitativa	Nominal	1.- Profesional 2.-Obrera 3.-Campesina
Tipología familiar según Geyman en base a su Demografía	Cualitativa	Nominal	1.-Rural 2.-Urbana
Etapas del Ciclo Vital de la Familia	Cualitativa	Nominal	1.-F.de Matrimonio 2.-F.de Expansión 3.-F.de Dispersión 4.-F.de Independencia

## Depresión (Variable cualitativa)

**Definición Conceptual:** Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones, de tipo físico neurovegetativas y otros componentes de tipo psíquico (falta de concentración, dificultad con la memoria, animo, tristeza) también con un componente bioquímico cerebral (trastorno de la utilización de los neurotransmisores; catecolaminas y serotonina) y que mejora con el tratamiento pertinente, además de presentar dificultad en las relaciones interpersonales y de adaptabilidad al medio deteriorando considerablemente la vida laboral, familiar y social.

**Definición Operativa:** Grados de depresión son aquellos que se obtienen de los puntajes de la suma de cada reactivo que conforma la escala para la detección de Depresión de Zung (ANEXO 4 Y 5). Los resultados de la escala se evalúan como sigue:

Menor de 40 normal umbral superior, de 40 a 47 depresión moderada, de 48 a 55 depresión marcada, de 56 o más depresión grave.

## TIPOLOGIA FAMILIAR

Según De la Revilla, modificado por Márquez. (24, 25,26).

EN BASE A SU ESTRUCTURA (24, 25,26).

Según los elementos que lo constituyen:

**NUCLEAR:** Formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos convivientes en el mismo domicilio

**NUCLEAR SIMPLE:** Formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos

**NUCLEAR NUMEROSA:** En la que conviven cuatro o más hijos con sus padres

**NUCLEAR AMPLIADA:** Integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o bien agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico).

**BINUCLEAR:** Familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.

**EXTENSA:** Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones, suele estar formado por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados.

**MONOPARENTAL:** Esta constituida por su solo cónyuge y sus hijos

**SIN FAMILIA:** En esta familia se contempla no solo al adulto soltero, sino también al divorciado o al viudo sin hijos.

**EQUIVALENTES FAMILIARES:** Se trata de individuos que viven en el mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos, etc.

**EN BASE A SU DESARROLLO (24, 25,26).**

Menciona se clasifica en:

**MODERNA:** Característica esencial que consiste en al incorporación de la mujer en iguales condiciones que el hombre.

**TRADICIONAL:** El subsistema proveedor, lo constituye principalmente el hombre y excepcionalmente la mujer

**PRIMITIVA:** Se refiere a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

**EN BASE A SU INTEGRACION (24, 25,26).**

Menciona se clasifica en:

**INTEGRADA:** En la cual sus cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones

**SEMI- INTEGRADA:** Los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones de manera satisfactoria.

**DESINTEGRADA:** Es aquella en la cual falta algunos de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

**EN BASE A SU OCUPACION (24, 25,26).**

Menciona se clasifica en:

De acuerdo a la ocupación y nivel de estudios de quien da el mayor aporte económico

**PROFESIONAL:** nivel de estudios profesionales de licenciatura

**OBRERA:** nivel de estudios técnico o de capacitación laboral

**CAMPESINA:** labores en el trabajo de campo.

**EN BASE A SU DEMOGRAFIA (24, 25,26).**

Menciona se clasifica en:

Lugar donde residen:

**RURAL**

**URBANA**

**CICLO VITAL (24, 25,26).**

Propuesta por Geyman en 1980, referido por Irigoyen Coria es el que se utiliza con mayor frecuencia en México:

**FASE DE MATRIMONIO.** Inicia cuando dos personas deciden vivir juntos y termina con la llegada del primer hijo.

**FASE DE EXPANSIÓN:** Inicia con la llegada del primer hijo, se incorporan nuevos miembros a la familia

**FASE DE DISPERSION.** Todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.

**FASE DE INDEPENDENCIA.** La pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias, dura aproximadamente 20 a 30 años

**FASE DE RETIRO Y MUERTE.** Nido vacío o jubilación. Incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, los hijos abandonan a los padres en sus hogares o asilos.

**ESTADO CIVIL DEL PACIENTE (24, 25,26).**

Situación en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.

## 2.8 DISEÑO ESTADISTICO

1.- ¿Cuál fue el propósito estadístico de la investigación?

Identificar la frecuencia de Depresión en pacientes de la tercera edad y las características sociodemográficas de sus familias.

2.- ¿Cuántos grupos se investigaron?

Uno, de adultos de la tercera edad mayores de 59 años

3.- ¿cuantas mediciones se realizaron en la unidad de muestreo?

Se realizó una medición con la aplicación de la encuesta en un sola ocasión y se realizaron las mediciones de manera independiente.

4.- ¿Qué tipos de variables fueron medidas?

Cuantitativas y cualitativas, la escala de medición escalar y nominal

5.- ¿Qué distribución presentaron los datos obtenidos?

Las variables cuantitativas, distribución paramétrica  
Las variables cualitativas, con distribución no paramétrica

6.- ¿Qué tipo de muestra es la que se investigó?

Un muestreo por cuotas.

## 2.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó una escala Autoaplicable de Zung para detectar depresión en pacientes de la tercera edad y de acuerdo a los resultados en normal, moderada, marcada y grave.

## 2.10 METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Previo autorización de las autoridades de la clínica y utilizando técnica de entrevista dirigida se aplicaron los cuestionarios a los pacientes de la tercera edad mayores de 59 años de edad en ambos turnos de la C.M.F. Dr. Ignacio Chávez en la sala de espera posterior a su consulta médica y que desearon participar en el estudio. Se dio lectura al consentimiento de participación voluntaria (ANEXO I) y se autoaplicaron los cuestionarios en un tiempo promedio de 20 minutos. Se contestaron en forma anónima y confidencial, hasta obtener el número establecido en la muestra. Se almacenó la información en la base de datos del programa estadístico SPSS V.10. Su captura de datos fue realizada por el autor de este trabajo.

## 2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

Se evitaron los diferentes tipos de sesgo recolectando la información de manera personal en la ficha de identificación del estudio preguntando directamente para obtener esta información y posteriormente la selección de las pacientes fue realizada conforme a los criterios de inclusión.

Se realizó una prueba piloto con 30 unidades de observación. Los resultados de esta fueron utilizados para realizar correcciones en el instrumento de aplicación para la recolección de datos en la ficha de identificación y realizar la clasificación familiar según Geyman de la familia. Se fortaleció la relación con los entrevistados al resolver sus dudas en la comprensión y entendimiento de la escala validada aplicada ya que se encontró que muchos pacientes tenían problemas de audición por lo cual se aplicó directamente la encuesta.

## 2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS

### 2.13.1 Plan de codificación de datos

Se encuentra referido en el apartado en la página (45).

### 2.13.2 Diseño y construcción de la base de datos.

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS V.12.0, como se muestra a continuación:

DISEÑO DE LA BASE DE DATOS

Nombre de la variable	Tipo numérico S=cadena	n=	ETIQUETA NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION S=CONTINUA O ESCALAR O=ORDINAL =NOMINAL
folio	N		Numero de folio	Numero consecutivo de 1 a 150	Escalar
Turno de consulta	N		Turno	1- matutino 2- vespertino	Nominal
sexo	N		Sexo del paciente	1-masculino 2-femenino	Nominal
edad	N		Edad del paciente	Números enteros	Escalar
Estado civil	N		Estado civil del paciente	1-soltero 2-casado 3-viudo 4-U.Libre 5-Divorciado6-separado	Nominal
escolaridad	N		Escolaridad del paciente	1-primaria2-secundaria3-preparatoria o bachillerato 4-carrera tecnica5-licenciatura6-doctorado 7-no curso escuela	Nominal
religion	N		Religión del paciente	1-catolico2=cristiano3=t. de jehova4	Nominal
ocupación	N		Ocupación del paciente	TEXTUAL	Nominal
P1	N		¿Pertenece a un grupo de ayuda mutua?	1-SI 2-NO	Nominal



P2	N	¿Desde cuando?	<3MESES 4-6MESES >6MESES	Escalar
P3	N	¿En donde?	1-UMF 2-ONG 3-Iglesia 4-Casa 5-Deportivo familiar	Escalar
P4	N	¿Como se llama?	1-Casa de la tercera edad 2-Adulto en plenitud 3-Hipertensión arterial 4-Diabetes mellitus 5-Otros no especificados	Escalar
P5	N	¿Realiza algún tipo de ejercicio?	1-SI 2-NO	Nominal
P6	N	¿Cuál?	1-Caminata 2-Natación 3-Gimnasia 4-Yoga 5-Otras	Escalar
P7	N	¿Con que frecuencia?	1-No actividad 2- 1-3Veces por semana 3-4-7Veces por semana	Escalar
P8	N	¿Siente usted que esta deprimido?	1-SI -NO	Nominal
P9	N	¿Desde cuando?	1-<2Semanas 2-2 semanas a 6 Meses 3->6Meses	Escalar
P10	N	¿Como se siente Para creer que esta deprimido?	1-Triste 2-Hipoactividad 3-Solo 4-Melancólico 5-Llanto 6- Otros	Escalar
P11	N	¿Qué considera que es la causa de su depresión?	1-Problemas familiares 2-Económicos 3-Sociales 4-Personales 5-Laborales 6-Ambientales 7-Otros	Escalar
P1EDZ	N	Me siento abatido y melancólico	1- Muy pocas veces 2- Algunas veces 3- La mayor parte del tiempo 4- Continuamente	Ordinal

P2EDZ	N	Tengo accesos de llanto y deseos de llorar	1. Muy pocas veces 2. Algunas veces 3. La mayor parte del tiempo 4. Continuamente	Ordinal
P3EDZ	N	En la mañana me siento mejor	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P4EDZ	N	Me cuesta trabajo dormirme en la noche	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P5EDZ	N	Comía igual que antes solía hacerlo	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P6EDZ	N	Noto que estoy perdiendo peso	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P7EDZ	N	Todavía disfruto de las relaciones sexuales	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P8EDZ	N	Tengo molestias de constipación	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P9EDZ	N	El corazón me late mas aprisa que de costumbre	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P10EDZ	N	Me canso sin hacer nada	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P11EDZ	N	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P12EDZ	N	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo	Ordinal

			4-Continuamente	
P13EDZ	N	Tengo la mente tan clara como antes	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P14EDZ	N	Mi vida tiene bastante interés	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P15EDZ	N	Tengo esperanza en el futuro	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P16EDZ	N	Me resulta fácil tomar decisiones	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P17EDZ	N	Estoy irritable de lo usual	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P18EDZ	N	Creo que le haría un favor a los demás muriéndome	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P19EDZ	N	Todavía disfruto de las cosas que hago	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
P20EDZ	N	Siento que soy útil y necesario	1-Muy pocas veces 2- Algunas veces 3-La mayor parte del tiempo 4-Continuamente	Ordinal
GRADOS DE DEPRESION	N	Puntaje obtenido	1.-Normal umbral superior 2-Depresión moderada 3-Depresión marcada 4-Depresión grave	Ordinal

### 2.13.3 Análisis estadístico de los datos.

Se realizó un análisis Descriptivo de tipo cualitativo y cuantitativo.

### 2.14 CRONOGRAMA MENSUAL

Se muestra cronograma de actividades realizadas:

MESES 2005	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEOP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
ETAPA/ACTIVIDAD	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
ETAPA DE PLANEACION DEL PROYECTO	X												
MARCO TEORICO		X	X										
MATERIAL Y METODOS				X	X								
REGISTRO Y AUTORIZACION DEL PROYECTO						X							
PRUEBA PILOTO			X										
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X								
ALMACENAMIENTO DE LOS DATOS						X							
ANALISIS DE LOS DATOS						X							
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS						X							
DISCUSION DE LOS RESULTADOS						X							
CONCLUSION DEL ESTUDIO						X							
INTEGRACION Y REVISION FINAL						X	X						
REPORTE FINAL							X						
AUTORIZACIONES							X						
IMPRESION DEL TRABAJO FINAL							X						
SOLICITUD DEL TRABAJO DE TESIS							X						

### 2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

En este estudio participo 1 médico residente del tercer año de la especialidad de medicina familiar en la aplicación de los cuestionarios. En cuanto a los recurso materiales se utilizó una computadora Pentium 4 personal, disquetes de 3 ½ y CD-R de 700MB para el almacenamiento de la información generada; hojas tamaño carta blancas para imprimir los resultados, y 600 fotocopias de los cuestionarios aplicados, 30 lápices del 2½, 10 gomas suaves, etc. Se utilizaron las dos salas de espera de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez ISSSTE para la aplicación de las encuestas. El financiamiento del estudio fue cubierto totalmente por el autor del estudio.

## 2.16

### CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo a la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, los principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. Parte B principios básicos para toda investigación médica.

Punto 10 menciona que es deber del medico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano en toda investigación por lo que:

Punto 20 Se solicito la participación voluntaria, anónima e informada de los pacientes de la tercera edad mayores de 59 años.

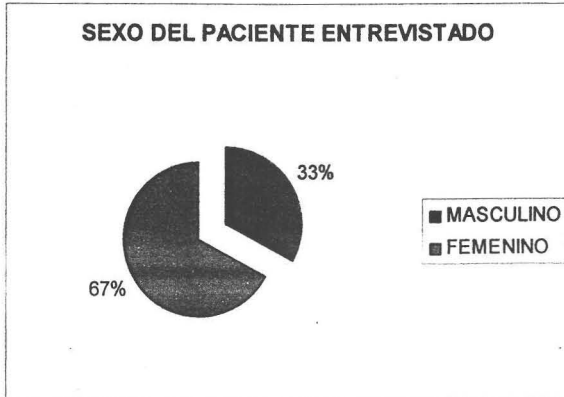
Punto 21. Se respeto la desicion de los pacientes que no aceptaron participar. Los resultados que se obtuvieron con estas escalas, serán manejados de manera confidencial y únicamente empleados para los fines y objetivos determinados en esta investigación.

El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sede la secretaria de salud de 1987; menciona en su titulo segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capitulo I.- disposiciones comunes, articulo 17.-riesgo de la investigación categoría I que es una investigación si riesgo. Articulo 20.- donde remenciona el consentimiento informado, para autorizar la participación del sujeto en la investigación con pleno conocimiento de procedimiento, riesgo y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio. (25,26).

### 3 RESULTADOS

Se aplicaron 150 encuestas, 96 (64%) en el turno matutino y 54 (36%) turno vespertino y correspondieron 50 hombres y 100 mujeres.

FIGURA 1  
SEXO DEL PACIENTE ENCUESTADO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005



N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

En cuanto a la edad la mínima fue de 56 años y la máxima fue de 91 años, la más frecuente fue en el rango de 56 a 59 años con un porcentaje de 22.7% representada en el cuadro 1.

CUADRO 1  
EDAD DEL PACIENTE ENCUESTADO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005

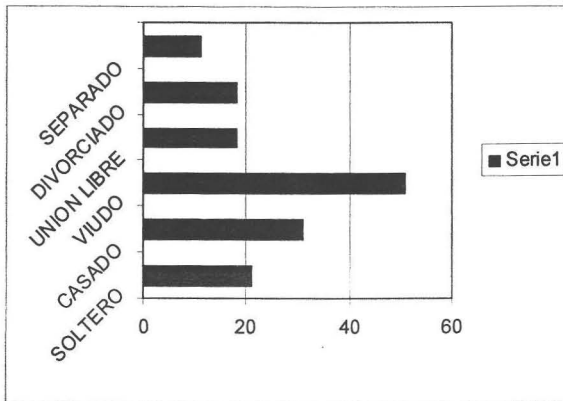
RANGOS DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje
56 A 59 AÑOS	34	22.7%
60 A 64 AÑOS	23	15.3%
65 A 69 AÑOS	16	10.7%
70 A 74 AÑOS	30	20.0%
75 A 79 AÑOS	29	19.3%
>80 AÑOS	18	12.0%
Total	150	100.0%

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Estado civil del paciente identificado: los viudos (as) representaron la mayor frecuencia con un 51%. La distribución de acuerdo al estado civil se representa en la figura 2

FIGURA 2  
ESTADO CIVIL DEL PACIENTE ENCUESTADO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005.



N= 150  
Fuente: Encuestas realizadas

La escolaridad que predominó fue la carrera técnica con un 22%. Cuadro 2.

CUADRO 2  
ESCOLARIDAD DEL PACIENTE ENCUESTADO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
primaria	30	20.0%
secundaria	23	15.3%
bachillerato o preparatoria	22	14.7%
carrera técnica	33	22.0%
licenciatura	14	9.3%
doctorado o diplomado	2	1.3%
no curso escuela	26	17.3%
Total	150	100.0%

N= 150  
Fuente: Encuestas realizadas

Religión: se observó que predomina la católica con un porcentaje de 72% representada en el cuadro 3.

CUADRO 3  
RELIGION DEL PACIENTE ENCUESTADO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005

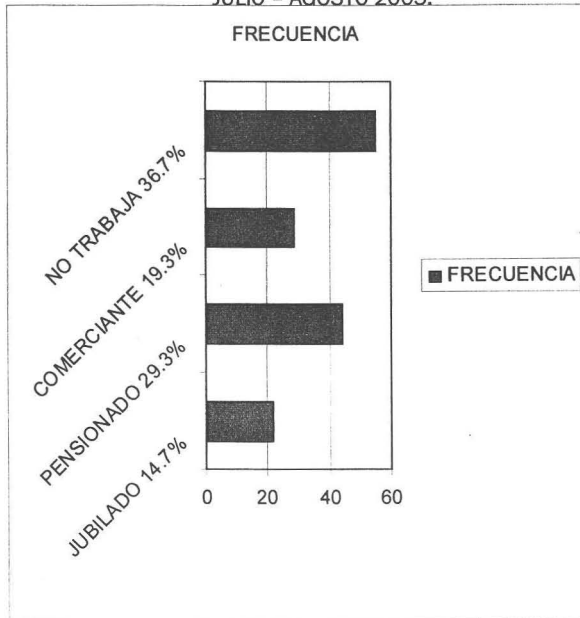
RELIGION	Frecuencia	Porcentaje
católica	108	72.0%
cristiana	25	16.7%
testigo de Jehová	8	5.3%
evangélico	3	2.0%
presbiteriano	1	.7%
ateo	5	3.3%
Total	150	100.0%

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas.

Ocupación: la mayoría no tiene un trabajo económicamente remunerado con una frecuencia de 55 y un porcentaje de 36%.

FIGURA 3  
OCUPACION DEL PACIENTE ENCUESTADO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005.



N= 150

Fuente: Encuestas realizadas



Participación en grupos de Ayuda Mutua: 66% no pertenecían a un grupo y solo un 33.3% pertenecían a un grupo de ayuda.

CUADRO 4  
 PERTENECE A UN GRUPO DE AYUDA MUTUA EL PACIENTE ENCUESTADO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005

PERTENECE A UN GRUPO DE AYUDA MUTUA	Frecuencia	Porcentaje
si	50	33.3
no	99	66.0
Total	150	100.0

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Se encontró que de los pacientes que pertenecían a un grupo de ayuda mutua el 13.3% lo eran desde hace mas de 6meses y quienes no pertenecían a un grupo que era un 66.7%

CUADRO 5  
 DESDE CUANDO PERTENECE A UN GRUPO DE AYUDA MUTUA EL PACIENTE ENCUESTADO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005

DESDE CUANDO	Frecuencia	Porcentaje
0	100	66.7
< 3 meses	17	11.3
de 4 a 6 meses	13	8.7
> 6 meses	20	13.3
Total	150	100.0

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Pacientes pertenecientes a grupos de Ayuda Mutua: en la UMF un 10% estaban dentro del Adulto en plenitud, siguiendo el grupo de Diabéticos con un 7.3% e Hipertensos con un 6%.

**CUADRO 6**  
**GPO DE AYUDA MUTUA EL PACIENTE ENCUESTADO**  
**CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.**  
**JULIO - AGOSTO 2005**

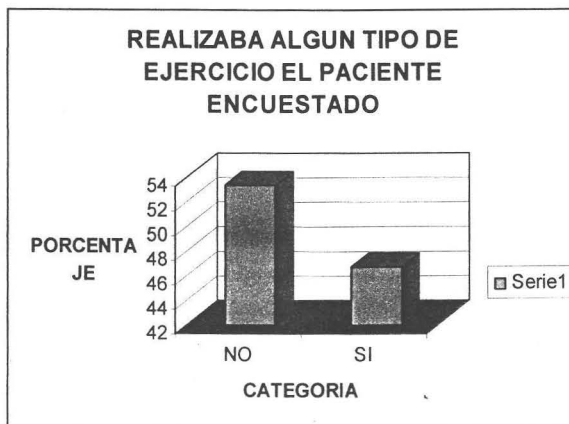
NOMBRE DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA	Frecuencia	Porcentaje
No tenían un gpo	100	66.7
casa de la tercera edad	5	3.3
adulto en plenitud	15	10.0
grupo de ayuda mutua para pacientes hipertensos	9	6.0
grupo de ayuda mutua para diabéticos	11	7.3
otros no especificados	10	6.7
Total	150	100.0

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Se encontró que todos los pacientes solo un 46.7% realizaban ejercicio y un 53.3% no realizaban actividad física.

**FIGURA 4**  
**REALIZABA ALGUN TIPO DE EJERCICIO EL PACIENTE ENCUESTADO**  
**CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.**  
**JULIO - AGOSTO 2005**



N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Pacientes que realizaban ejercicio: el mas frecuente fue la caminata con 26.7%, y el 53.3% no realizaban ejercicio de ningún tipo.

CUADRO 7  
 TIPO DE EJERCICIO DEL PACIENTE ENCUESTADO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 200

TIPO DE EJERCICIO	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	81	54.7
Caminata	40	26.7
Natación	9	6.0
Gimnasia	8	5.3
Yoga	8	5.3
Otras	4	2
Total	150	100.0

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Pacientes que realizaban ejercicio: 1 a 3 veces por semana que corresponde a un 26.7% por ciento siguiendo de 4 a 7 veces por semana con un 18.7% y el resto que no realizaba ejercicio mostró un 54.7%.

CUADRO 8  
 TIEMPO DEDICADO AL EJERCICIO DEL PACIENTE ENCUESTADO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005

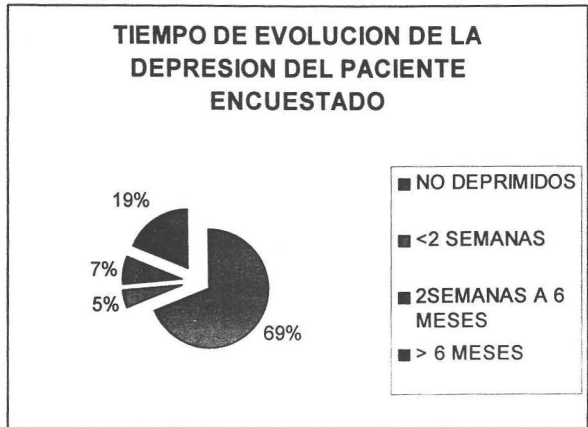
TIEMPO - EJERCICIO	Frecuencia	Porcentaje
no actividad	81	54.7
de 1- 3 veces por semana	40	26.7
de 4 a 7 veces por semana	29	18.6
Total	150	100.0

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Se encontró que de los pacientes 19.3% se sentían deprimidos desde hace más de 6 meses con una frecuencia de 29.

FIGURA 5  
 TIEMPO EVOLUCION DE LA DEPRESION DEL PACIENTE ENCUESTADO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005.



N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Síntomas principales relacionados a depresión: el 12% manifestaron estar tristes con una frecuencia de 18, siguiendo la hipo actividad y la melancolía con un 7% respectivamente.

CUADRO 9  
 PERCEPCION DE LA DEPRESION DEL PACIENTE ENCUESTADO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005

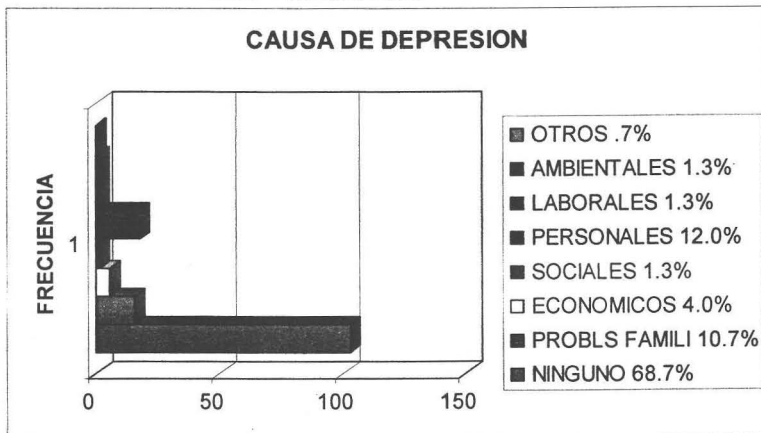
PERCEPCION DE DEPRESION	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	103	68.7
Triste	18	12.0
Hipo actividad	7	4.7
Solo (a)	8	5.3
Melancólico (a)	7	4.7
Predisposición al llanto fácil	4	2.7
Otros síntomas	3	2.0
Total	150	100.0

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Causas de depresión: Atribuyeron a cuestiones personales el 12% una frecuencia de 18, los problemas familiares con un 10.7% una frecuencia de 16 y las cuestiones económicas con un 4%.

FIGURA 6  
CAUSA DE DEPRESION EN EL PACIENTE ENTREVISTADO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005



N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Con quien viven los pacientes encuestados: el 44.0% vivían con sus hijos, 10.8 % con sus esposas, 4.5% vivían en casa de asistencia o solos, el 3.0% con un amigo y un 6% con cuidadora.

FIGURA 10  
 CON QUIEN VIVE EL PACIENTE ENTREVISTADO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005

CON QUIEN HABITA EL PACIENTE ENTREVISTADO	Frecuencia	Porcentaje
esposa (o)	29	10.8
hijo (a)	118	44.0
nieto (a)	29	10.8
hermano (a)	16	6.0
sobrino	19	7.1
vive en casa de asistencia	12	4.5
amigo (a)	8	3.0
solo	12	4.5
yerno o nuera	14	5.2
cuidadora	6	2.2
cuñado (a)	2	.7
tía (o)	1	.4
madre o padre	1	.4
primo (a)	1	.4
Total	268	100.0

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

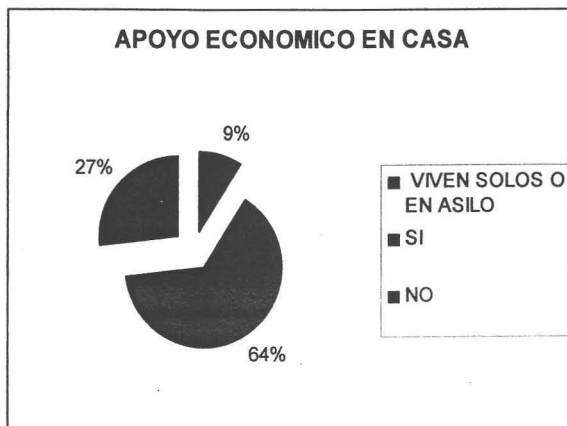
En relación a los familiares de los encuestados:

Escolaridad: la predominante de los familiares del encuestado fue la preparatoria o bachillerato con un 31.7%, licenciatura con un 26.9% y solo 2% no curso escuela.

Ocupacion del familiar entrevistado: más frecuente fue profesionales con 20.1%, empleados con 10.8% y estudiantes con 10.1%.

Brinda apoyo económico el familiar en casa: el 62.1% brindaban apoyo económico en casa y solo el 26.9% no, debido a que se encontraban estudiando o bien eran desempleados.

FIGURA 7  
BRINDA APOYO ECONOMICO EL FAMILIAR EN CASA  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005.



N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

El estado de salud de los familiares un 65.7% eran sanos y solo un 25.4% estaban enfermos.

#### TIPOLOGIA FAMILIAR

Por lo que respecta a la tipología familiar, se describen a continuación los resultados de las siguientes variables: estructura, desarrollo, integración, ocupación, demografía y el Ciclo Vital de la Familia.

En relación a la estructura 46% eran familias extensas, 23.8 % monoparental, el 8.6% pertenecían a equivalentes familiares y solo un 7.5% eran familias nucleares.

En el cuadro 19 se muestran los resultados de tipo de desarrollo al que pertenecían los pacientes entrevistados, en donde se puede observar que el 52.2% corresponde al tipo tradicional.

**CUADRO 11**  
**DESARROLLO DE LA FAMILIA**  
**CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.**  
**JULIO - AGOSTO 2005**

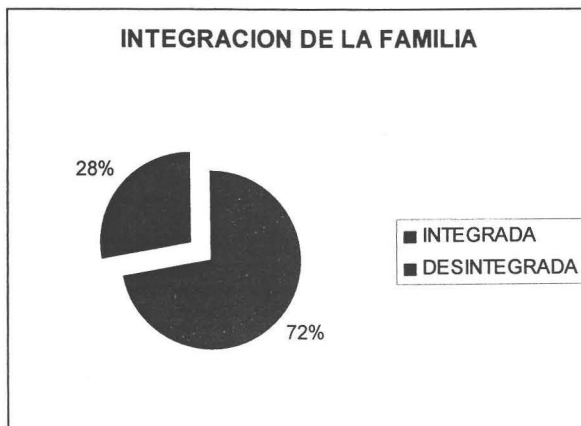
DESARROLLO DE LA FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
moderna	10	47.8
tradicional	140	52.2
Total	150	100.0

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

Integración de la familia: en la integrada un 72%, mientras que en la desintegrada fue de un 28%.

**FIGURA 8**  
**INTEGRACION DE LA FAMILIA**  
**CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.**  
**JULIO - AGOSTO 2005**



N= 150

Fuente: Encuestas realizadas



En relación a la ocupación se encontró que el mayor porcentaje corresponde a la obrera, representando un porcentaje del 97.5%, y en la del tipo profesional solo 2.5%.

CUADRO 12  
 EN BASE A SU OCUPACION DE LA FAMILIA  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005

EN BASE A SU OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
profesional	5	2.5
obrero	145	97.5
Total	150	100.0

N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

En cuanto a la demografía, por el tipo de derechohabientes que tiene acceso a la institución, el 100% de los pacientes pertenece al tipo urbano.

En lo referente a la etapa actual del ciclo vital todos los pacientes se encontraban en fase de retiro y muerte con un 100%.

CUADRO 13  
 CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGÚN GEYMAN  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005

CICLO VITAL DE LA FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
fase de retiro y muerte	150	100.0
Total	150	100.0

N= 150

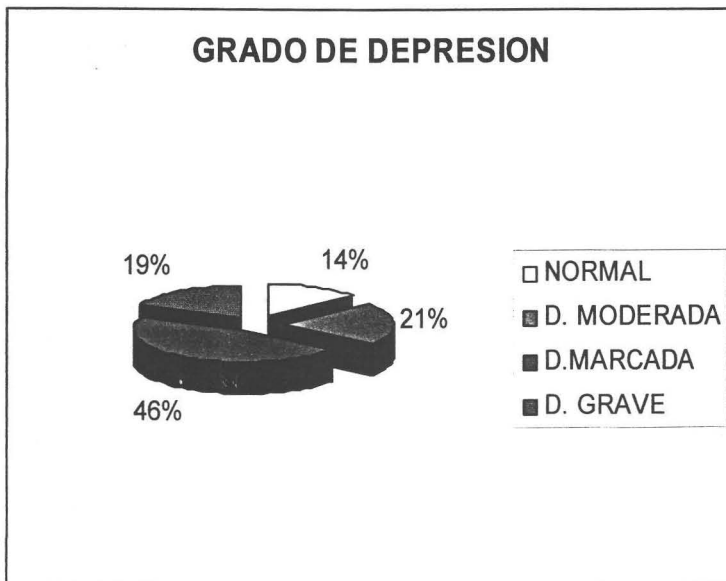
Fuente: Encuestas realizadas

### EVALUACION DEL PACIENTE DEPRIMIDO

Se realizó una evaluación de los pacientes que presentaron depresión.

De los 150 pacientes entrevistados según la escala de Zung tuvieron algún grado de depresión 129 (86%) a: Depresión marcada (63) 46%, a depresión moderada (45) 21.3% y depresión grave (21) 18.7%.

FIGURA 9  
GRADO DE DEPRESION EN EL PACIENTE POR LA ESCALA DE ZUNG  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005.

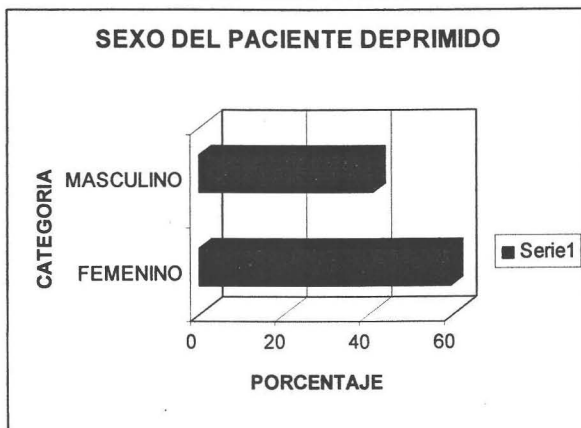


N= 150

Fuente: Encuestas realizadas

La presencia de depresión afecto al sexo femenino con 84 pacientes y 45 pacientes masculinos.

FIGURA 10  
SEXO DEL PACIENTE DEPRIMIDO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005.



Fuente: Encuestas realizadas

Estado Civil del paciente predominó viudo con un 29.3%

CUADRO 14  
ESTADO CIVIL DEL PACIENTE DEPRIMIDO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	19	17.9
Casado	27	19.4
Viudo	43	29.3
Unión libre	18	13.1
Divorciado	16	11.9
Separado	6	8.4

Fuente: Encuestas realizadas

En relación a la ocupación del paciente la mayoría no trabajaban con un 40.4% o bien estaban pensionados con un 28.5%

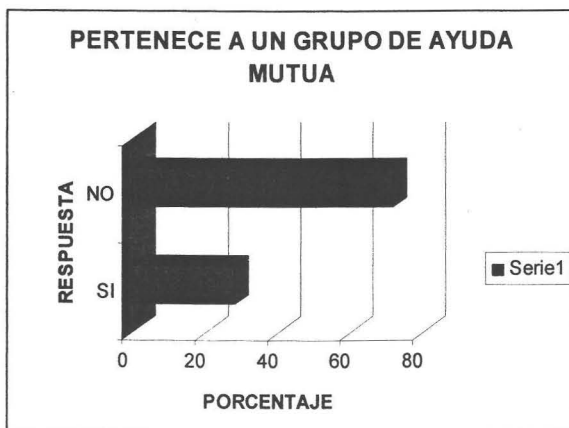
**CUADRO 15**  
**OCUPACION DEL PACIENTE DEPRIMIDO**  
**CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.**  
**JULIO - AGOSTO 2005**

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	14	11.7
Pensionado	39	28.5
Comerciant e	24	19.4
No trabaja	52	40.4

Fuente: Encuestas realizadas

De los pacientes el 71.9% no pertenecían a un grupo de ayuda mutua.

**CUADRO 11**  
**PERTENECE A UN GRUPO DE AYUDA MUTUA EL PACIENTE DEPRIMIDO**  
**CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.**  
**JULIO - AGOSTO 2005**



Fuente: Encuestas realizadas

Los pacientes que acudían a un grupo de ayuda mutua pertenecían menos de 3 meses en este con un 68.1%

CUADRO 16  
DESDE CUANDO PERTENECE AL GRUPO DE AYUDA EL PACIENTE DEPRIMIDO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005

DESDE CUANDO	Frecuencia	Porcentaje
< 3 meses	74	68.1
de 4 a 6 meses	43	21.9
> 6 meses	12	10

Fuente: Encuestas realizadas

Los pacientes asistían al grupo de ayuda mutua, el 44.8% pertenecían al grupo de adulto en plenitud y el 30.5% al grupo de ayuda para diabéticos.

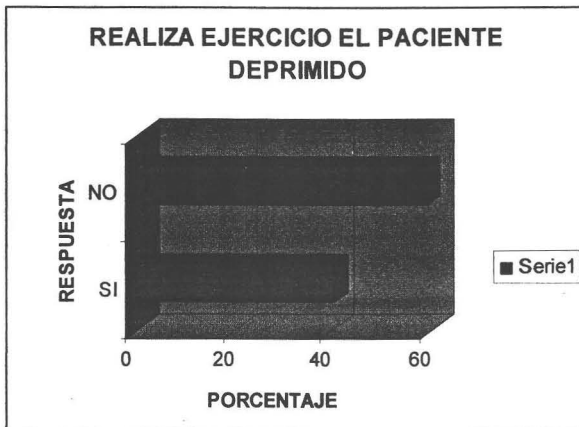
CUADRO 17  
NOMBRE DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA DEL PACIENTE DEPRIMIDO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005

NOMBRE DEL GRUPO DE APOYO	Frecuencia	Porcentaje
Casa de la tercera edad	14	9.7
Adulto en plenitud	55	44.8
Grupo de ayuda mutua para pacientes hipertensos	11	2.9
Grupo de ayuda mutua para diabeticos	34	30.5
Otros no especificados	15	12.1

Fuente: Encuestas realizadas

De los pacientes el 59.3% no realizaba ejercicio y solo el 40.7% realizaba actividad física.

CUADRO 12  
 REALIZA EJERCICIO EL PACIENTE DEPRIMIDO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005



Fuente: Encuestas realizadas

Los pacientes que realizaban su actividad física lo hacían de 1 a 3 veces por semana un 68.4%.

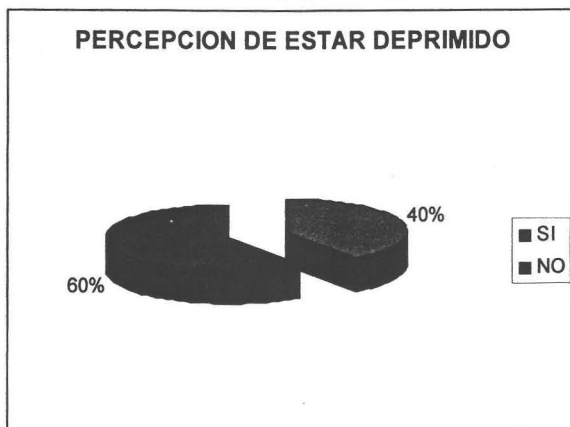
CUADRO 18  
 FRECUENCIA DE ACTIVIDAD EL PACIENTE DEPRIMIDO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD	Frecuencia	Porcentaje
de 1- 3 veces por semana	83	68.4
de 4 a 7 veces por semana	46	31.6

Fuente: Encuestas realizadas

Del 100% de los pacientes detectados con depresión el 60.5% no se percibieron como deprimidos.

CUADRO 13  
 PERCEPCION DE ESTAR DEPRIMIDO  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005.



Fuente: Encuestas realizadas

Se sentían deprimidos con una evolución de mas de 6 meses 58.7% y el 36.9% tenia de 2 semanas a 6 meses.

CUADRO 19  
 TIEMPO DE EVOLUCION DE DEPRESION  
 CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
 JULIO - AGOSTO 2005

TIEMPO DE EVOLUCION DE DEPRESION	Frecuencia	Porcentaje
< 2 semanas	15	4.4
de 2 semanas a 6 meses	49	36.9
> 6 meses	65	58.7

Fuente: Encuestas realizadas

En relación a la sintomatología mas frecuentemente encontrada en los pacientes que se percibieron deprimidos fue: 48.5% tristeza, 10% soledad y melancolía.

CUADRO 20  
SINTOMATOLOGIA DE PERCEPCION DE DEPRESION  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005.

PERCEPCION DE DEPRESION	Frecuencia	Porcentaje
Triste	64	48.5
Hipoactividad	26	24.1
Solo (a)	17	10
Melancólico (a)	17	10
Predisposición al llanto fácil	3	4.3
Otros síntomas	2	3.1

Fuente: Encuestas realizadas

De los derechohabientes encuestados que respondieron que si se sentían deprimidos las causas que se identificaron fueron 38.1% problemas familiares, el 27.8% problemas personales.

CUADRO 21  
MOTIVO DE DEPRESION  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005.

MOTIVOS DE DEPRESION	Frecuencia	Porcentaje
Problemas familiares	45	38.1
Económicos	16	11.4
Sociales	11	5.7
Personales	25	27.8
Laborales	12	10.4
Ambientales	11	5.7
Otros	9	.9

Fuente: Encuestas realizadas



**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES DETECTADOS  
CON DEPRESION**

En base su estructura se encontró que el 29.9% eran extensas, 19.8% monoparentales y solo 10.6% eran nucleares.

**CUADRO 22  
ESTRUCTURA DEL PACIENTE DEPRIMIDO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005**

ESTRUCTURA	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	15	10.6
Nuclear simple	3	2.4
Nuclear ampliada	12	8.8
Binuclear	9	4.9
Extensa	35	29.9
Monoparental	24	19.8
Sin familia	10	7.9
EQUIVALENTES FAMILIARES	21	15.7

Fuente: Encuestas realizadas

En base a su Desarrollo se encontró que el 96.1% eran tradicionales y solo el 3.9% eran modernas.

**CUADRO 23  
DESARROLLO DEL PACIENTE DEPRIMIDO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005.**

DESARROLLO DE LA FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
Moderna	15	3.9
Tradicional	114	96.1

Fuente: Encuestas realizadas

En base a su integración 88.7% son integradas y el 11.3% son desintegradas.

En base a su ocupación el 94.4% son obrera.

CUADRO 24  
OCUPACION DEL PACIENTE DEPRIMIDO  
CMF "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE.  
JULIO - AGOSTO 2005

EN BASE A SU OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	10	5.6
Obrera	119	94.4

Fuente: Encuestas realizadas

En base a su Demografía: el 100% era urbano.

Dentro de su Ciclo Vital el 100% se encontraban en fase de retiro y muerte.

#### 4 DISCUSION

En el presente estudio se analizó el grado de depresión que presentaba la población de la tercera edad que acude a consulta en Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE.

Las diferencias entre el análisis global y los deprimidos no hubo ya que la afección fue la misma para el sexo femenino, vivían solos o en asilos, no tenían una actividad económicamente remunerada, no realizaban ejercicio, no pertenecían a un grupo de ayuda mutua, y a pesar de no percibirse deprimidos algunos pacientes, con la evaluación de la escala de Zung tenían algún grado de depresión.

En lo referente a la frecuencia con que se presentó la depresión se registró un mayor número en el turno matutino esto se explica debido a que se aplicaron en su mayoría en este turno, y en el de la tarde fue menor, en el presente estudio no se especifica encuestas equitativas.

El sexo femenino fue el más afectado dato que coincide con otros reportes, Farmer (12) dentro de su estudio mencionó que las mujeres son quienes padecen depresión con mayor frecuencia que los varones.

Dentro del rango de edad se encontró que la mayoría de la población estaba entre los 56 y 59 años; en la literatura se refiere mención que en los hombres es más frecuente la depresión después de los 55 años de edad mencionado por Arriola y Cols. (11, 15,17) donde definen que la gran mayoría de esta población sufre pérdidas de capacidad para las actividades de la vida diaria, lo común son problemas severos de enfermedades crónico degenerativas y una dependencia creciente para el sostenimiento y el cuidado.

La mayoría de los pacientes son viudos, la pérdida de la pareja puede ser un factor de riesgo para presentar sintomatología depresiva por la pérdida del compañero, su mayor apoyo o su único apoyo para algunos, menciona Fawcett (13) que es importante ya que la familia es una red de apoyo esencial también considerado un factor protector si no se cuenta con ella predispone a depresión.

Los pacientes no se encuentran trabajando y este se considera factor de riesgo, menciona Hammnen (14) y sus diversos estudios que este tipo de personas tienen un gran porcentaje de presentar sintomatología depresiva, los jubilados y pensionados se mantienen únicamente con este único ingreso sin embargo algunos de ellos se mantiene activos en pequeños comercios.

De los 150 pacientes encuestados se encontró que 129 (86%) personas resultaron con algún grado de depresión principalmente identificándose la marcada con elevado porcentaje ya que Hoberman, Keller, y Caspi (7,16,18) mencionan porcentajes muy por debajo de este; de estos pacientes deprimidos un 14% no se percibió con depresión.

La presencia de depresión marcada detectada en este estudio es preocupante, por lo que indica que actualmente puede ser considerada ya una enfermedad de la tercera edad y que existe el riesgo que su sintomatología pueda ser confundida y atribuirse a otras patologías.

Dentro de las características familiares: la mayoría vive con sus hijos o con los nietos siendo frecuentemente solteros y estudiantes correspondiendo a familias extensas o monoparentales, en donde en personas de la tercera edad se detectó que si contaban con el apoyo de sus hijos y nietos; sin embargo había problemas familiares que ponían en crisis el equilibrio de la familia ya sea por la fase del ciclo de vida en que se encontraba (retiro y muerte) o porque faltaba alguno de los cónyuges o bien porque estaban solos sin familia que los viera dentro de un asilo, casa hogar para ancianos donde personas ajenas los atendían, sin embargo se deprimían por estar solos o sin alguien quien viera por ellos.

Tuvieron como características principales los pacientes con depresión el ser viudos, vivir solos, no realizar alguna actividad física y se ha comprobado que el hacer ejercicio disminuye el estrés, y con el la depresión estudios que apoyan lo anterior es el de Caspi y Fawcett (87,13).

La literatura menciona que la depresión tiene una etiología multifactorial como hace mención Liberman (15) en sus diversas revisiones, se identificó que los pacientes tenían problemas personales y familiares principalmente, aquí el Médico Familiar debe tomar en cuenta que la familia puede ser el factor desencadenante de depresión y no solo ser considerado un factor protector.

Menciona De la Fuente (10) que lo principal para identificar la patología depresiva es realizar un interrogatorio y una exploración minuciosa sin embargo es relevante resaltar que en pacientes de la tercera edad es difícil, ya que presentan múltiple sintomatología que muchas veces el Médico Familiar llega a confundir y ocasionar que pase desapercibida la Depresión; y en esta investigación muchos pacientes llevaban una evolución de mas de 6 meses con síntomas.

Los grupos de ayuda mutua se ha demostrado que brindan asistencia a los pacientes considerando todo su entorno biopsicosocial, eran pocos quienes pertenecían a un grupo sin embargo los estudios muestran que el estar dentro de estos contribuyen a prevenir o retardar que se presenten diversas patologías dentro de las cuales se encuentra la depresión.

La terapia conductual cognitiva es útil en depresión leve, así como el tratamiento conjunto a la medicación en la depresión mayor.

La terapia familiar tiene lugar cuando la depresión y/ o la edad han alterado los roles dentro de la familia. Es de vital importancia como menciona Arriola que su detección sea oportuna e instalar un tratamiento efectivo.

El papel de Médico Familiar es primordial ya que es el primer contacto de todos los pacientes debe estar preparado y capacitado para realizar un diagnóstico acertado y llevar a cabo un tratamiento sobre todo llevar a cabo medidas preventivas.

#### 4.1 Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar.

Compete al Médico Familiar la comprensión de la depresión como un problema que afecta a todos los ámbitos del ser humano, por eso se debe de estar capacitado y ser sensible a identificar precozmente los datos de depresión en la población de la tercera edad.

La orientación familiar en atención primaria empieza en el propio hogar. Los conflictos personales no resueltos, actuales o pasados, influyen en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, de forma consiente o inconsciente. Stephens (4) en un estudio en el que exhortaba a los médicos a examinar sus posiciones personales y sociales respecto a la familia declaraba: "defendamos con energía una actitud pro familia, atendiendo en primer lugar a nuestros propios intereses en los deberes con nuestras familias", por lo que es importante promover a la familia funcional.

El secreto del éxito en las profesiones de ayuda proviene del reconocimiento de que no podemos modificar la conducta de los demás mientras no seamos capaces de cambiar la nuestra. Mientras que somos responsables de la atención médica del paciente (el diagnóstico y el tratamiento), es el paciente quien conserva la responsabilidad de su propia salud (de informar sus síntomas, de colaborar en la recopilación del historial y en las exploraciones, y de la decisión final sobre el tratamiento. El cuidado de los pacientes saldrá beneficiado si los médicos somos capaces de definir estos límites y nos centramos en cambiar nuestro propio comportamiento cuando sea necesario. La sentencia de "medico, cúrate a ti mismo" puede ser uno de los más poderosos agentes terapéuticos del que se pueden beneficiar los pacientes de todo médico.

El área de atención a la familia también se registró como variable en la que se visualizo su ciclo vital ya que este se encuentra periódicamente sometido a crisis normativas y no normativas, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. La familia tiene sus dos vertientes uno positivo fundamental para el mantenimiento de la salud de sus componentes y la resolución de problemas y el negativo generadora de enfermedad y perpetua hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas. La familia es una red de apoyo importante donde se encuentra comunicación, comprensión, afecto, y sostén en cada uno de sus integrantes sin embargo también puede ser donde se origine el proceso de enfermedad al originarse un desequilibrio en cualquier momento al ser dañado el sistema familiar originando una crisis dentro de la misma.

Santacruz Varela (24) menciona que el interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales. Muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma a la salud del individuo.

De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo integrador en el que se considera al individuo como una unidad biopsicosocial actualmente con este estudio nos damos cuenta que el Médico Familiar debe estar más preparado para realizar un diagnóstico oportuno y buscar intencionadamente la depresión ya que es importante iniciar un tratamiento adecuado y una intervención familiar a tiempo.

## 5 CONCLUSIONES

A través de la presente investigación, se obtuvo la frecuencia de depresión en la Unidad de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez ISSSTE y los aspectos sociodemográficos de sus familias de los pacientes con depresión.

Con los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- 1.- La población usuaria mayor de 56 años que asiste mas frecuente a la clínica es la del sexo femenino.
- 2.- Dentro de la evaluación de las características sociodemográficas de las familias fueron similares las del grupo en general con el grupo de pacientes deprimidos.
- 3.- El sexo en que predominó la depresión fue el femenino.
- 4.- El grado de depresión que predominó fue marcada seguida de la moderada y grave.
- 5.- Son factores protectores para la depresión que pueden contribuir a mejorar a misma, contar con redes de apoyo principalmente la familia integrada y nuclear, tener un estilo de vida saludable como lo es tener una buena alimentación, realizar ejercicio, no adicciones, pertenecer a un grupo de ayuda mutua.
- 6.-Son factores de riesgo para la depresión el vivir solos, si conviven con su familia el no poder contar con su apoyo, la presencia de enfermedades cronicodegenerativas, el cursar con crisis familiares, no realizar actividades físicas, no integrarse a grupos de ayuda mutua.
- 7.- De los pacientes deprimidos que no se percibieron como tales se observó un porcentaje alto.
- 8.-Si los pacientes estando deprimidos no se dan cuenta es difícil que el médico detecte la depresión espontáneamente.
- 9.-De los pacientes deprimidos los síntomas mas frecuentes fueron, tristeza, melancolía y soledad.
- 10.-De los pacientes deprimidos los problemas identificados fueron: ser viudo, vivir solo, no tener una actividad económicamente remunerada, no realizar ejercicio, no pertenecían a un grupo de ayuda mutua.
- 11.-Los pacientes que percibieron estar deprimidos tenían una evolución mayor de 6 meses.
- 12.- Las causas mas frecuentemente relacionadas con la depresión fueron problemas familiares y personales.
- 13.- La depresión en pacientes de la tercera edad es mas frecuente de lo esperado

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## 5.1 PROPUESTAS

A) Implementar un curso para todos los Médicos Familiares sobre Depresión en el adulto mayor y conocer las diferentes escalas de evaluación, y diagnóstico para facilitar un tratamiento precoz y oportuno.

B) Integrar un grupo de ayuda mutua para pacientes con Depresión, para darles apoyo en su tratamiento.

C) Implementar programas de prevención y apoyo para pacientes de la tercera edad con cada uno de los integrantes de la familia.

D) Dar seguimiento y control a todos los pacientes de la tercera edad con depresión grave que se encuentran bajo tratamiento en un tercer nivel.

E) Realizar pláticas a grupos externos como lo son los asilos y casas de descanso para ancianos encontrados dentro de su zona regional.

F) A todo paciente diagnosticado con depresión moderada y grave contemplar la importancia de un tratamiento integral que debe incluir terapia farmacológica y en caso necesario terapia individual y/familiar.

G) Realizar por el médico familiar el Diagnóstico de Salud Familiar en su actividad clínica a pacientes con sintomatología depresiva o al paciente que lo amerite, permitiéndonos brindar a todo derechohabiente una atención integral, continua con mayor facilidad.

H) Promover estilos de vida saludables, nutrición adecuada, ejercicio, inclusión en grupos de activación física y grupos de ayuda mutua, de salud mental y no adicciones.

1. - Baron RM, Kenny The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, 51: 1173-1182.
- 2.-Beck A.Rush, Shaw B.F. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.2000, 78-90.
- 3.-Beehly M. Cicchetti D. Chile maltreatment, attachment, and the self system: emergent o fan internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 2002, 6, 5-30.
4. - Bibring E. The mechanism of depression. In P. Green acre (Ed.), *Affective Disorders 2002* (pp 13-48).New York: International Universities Press.
5. - Blackburn I.M., Bisho Walley .The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy.2000, 90:250-289.
6. - Bland R.C., (2003).Epidemiology of affective disorders. *Review Canadian Journal of Psychiatry*, 42,367-377.
7. - Caspi A., Newman D. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 2002: 23, 1033-1039.
- 8.-Cicchetti D., Ackerman B. (2001).Emotions and emotion regulation in developmental Review, 13, 471-502.
- 9- DSM- IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> Ed. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994, 323-399.
- 10.-De la Fuente MR. *Psicología Medica; Fondo de Cultura Económica; México*, 1985, 157-216.
- 11.- Arriola y M.E. Depresión en el anciano, epidemiología y características a tener en cuenta. *Rev. Geriatrika*; Vol. 8 (5) (11), 198-204. 1922. España, 1992.
12. - Farmer R., Nelson G.Personality disorders and depression: Hypothetical relations, empirical findigs, and methodological considerations. *Clinical Physiology Review*, 2003:10,453-476.
- 13.-Fawcett J.,Scheftner W.A. Time-related predictors of suicide in major affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2004, 147: 1189-1194.
- 14.-Hammen Daley M. R. Interpersonal attachments cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress.*Juornal of Abnormal Psychlog*, 2003, 104:36-443.
- 15.-Harpin R.E., Lieberman R., Marks I. Cognitive- behavior therapy for chronically depressed patients: A controlled pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999:170,295-301.



- 16.-Hoberman H.M., Lewinson P.M., &Wilson. Group treatment of depression: individual predictors of outcome.Journal of Consulting and Clinical psychology,1998: 56,393-398.
- 17.-Keitner G.I.,Rayann G.I.,Millerl.W., Eptein,N.B.Twelvemonth outcome of patients with major depression and comorbid psychiatry or medical illness ( compound depression).American Journal of Psychiatry,2003:148,345-350.
18. - Keller M.B., (2004).Diagnostic and course- of- illness variables pertinent to refractory depression. In A. Tasman,S.M.Goldfinger,&C.A.Kaufman,(Eds.),Review of Psychiatry ( vol 9,pp10-32).Washintong,DC:American Psychiatry Press.
- 19.- Goodman y G. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Edit. Panamericana (1989) México, pp. 401-425.
- 20.- Guyton; Tratado de Fisiología Medica; (Edit) Interamericana; Mc Graw Hill; 8va edición; México.1992 pp. 896-698.
- 21.-Wells K.B.,Burman M.A.,Roger W.,Hays R.P. The course of depression in adult outpatients: Results from the Medical Outcomes Study. Archives of general Psychiatry, 2002,49,788-900.
- 22.-Whisman M.A. (2003) Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. Psychological Review, 87,105-112.
- 23.-Simmons A.D., Garfield's C.E. The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Archives of General Psychaitry,2004, 41,45-89.
- 24.- Irigoyen CA, Gómez CF, buen día PJ, Mazon RJ, Fernández OM, Amescua Arc ciclo Vital de la Familiar. En: Irigoyen CA, Nuevos fundamentos de Medicina Familiar: 2da Edición. México: Medicina Familiar Mexicana; 2000. Pp.27-29.
- 25.- Reglamento de la ley federal de salud en materia de investigación para la salud. Secretaria de salud, México.3febrero 1983.
- 26.- Declaración de Hensilnki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la asamblea médica mundial de Hensilki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre del 2000.
27. - Ponce RE, Irigoyen CA, Gómez CJ. Código de ética para la investigación en la Medicina Familiar: Una investigación cualitativa. Arch. Med Fam.2003., 5(3): 99-6.
- 28.- De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. 1ª ed.Barcelona, España: Doyma; 1994.p.43-55.
- 29.- Gallard PM.Promocion de la salud y apoyo psicológico al paciente.1ª ed.España: Paraninfo; 1998.p.285-292.
- 30.-Vázquez L.E.Calidad de la atención por el medico familiar en el primer nivel de atención Trabajo final.Centro de Especialización en Medicina Familiar. ISSSTE-UNAM.Mexico:2000.

## CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

Consentimiento para participar en la encuesta: Detección de Depresión por la Escala de Zung en pacientes de la tercera edad.

El presente cuestionario tiene como propósito: Detectar el grado de Depresión en pacientes de la Tercera edad.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Medica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o mas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. También si Usted siente en algún momento herida(o), lastimada(o) o agredida (o) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Medica.

El cuestionario consta de 38 preguntas y se contesta en aproximadamente en 20 minutos. No existe respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Muchas Gracias por su participación



## ANEXO 2

CLINICA DR IGNACIO CHAVEZ ISSSTE

### CEDULA DE IDENTIFICACION

1.- TURNO: A) MATUTINO B) VESPERTINO

2.- SEXO: A) MASCULINO B) FEMENINO

3.- EDAD: \_\_\_\_\_.

4.- ESTADO CIVIL:

A) SOLTERO B) CASADO C) VIUDO D) UNION LIBRE E) DIVORCIADO F) SEPARADO.

5.- ESCOLARIDAD:

- A) PRIMARIA
- B) SECUNDARIA
- C) BACHILLERATO O PREPARATORIA
- D) CARRERA TECNICA
- E) LICENCIATURA
- F) DOCTORADO O DIPLOMADO
- G) NO CURSO ESCUELA

6.- RELIGION: \_\_\_\_\_.

7.- OCUPACION ACTUAL:

- A) JUBILADO
- B) PENSIONADO
- C) COMERCIANTE
- D) NO TRABAJA

8.- ¿PERTENECE A UN GRUPO (OS) DE AYUDA MUTUA?: SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_.

9.- ¿DESDE CUANDO?: \_\_\_\_\_.

10.- ¿EN DONDE?: \_\_\_\_\_.

11.- EN CASO AFIRMATIVO MENCIONE COMO SE LLAMA (AN): \_\_\_\_\_.

### CONTESTE SEGÚN LA PREGUNTA

1.- ¿REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO REGULARMENTE?

SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

2.- ¿CUAL?: \_\_\_\_\_.

3.- ¿CON QUE FRECUENCIA?

\_\_\_\_\_.

4.- ¿SIENTE USTED QUE ESTA DEPRIMIDO?

SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA

5.- ¿DESDE CUANDO SE SIENTE DEPRIMIDO?

\_\_\_\_\_.

6.- ¿COMO SE SIENTE PARA CREER QUE ESTA DEPRIMIDO?

\_\_\_\_\_.

7.- ¿QUE CONSIDERA QUE ES LA CAUSA DE SU DEPRESION?

\_\_\_\_\_.

**ANEXO 3**

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada pregunta posteriormente marque con una X la opción de su elección, solo puede marcar una respuesta, si tiene alguna duda pregunte al encuestador.

**ESCALA DE ZUNG**

	PREGUNTA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
1	Me siento abatido y melancólico				
2	En la mañana me siento mejor				
3	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4	Me cuesta trabajo dormirme por las noches				
5	Como igual que antes solía hacerlo				
6	Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7	Noto que estoy perdiendo peso				
8	Tengo molestias de constipación				
9	El corazón me late mas aprisa que de costumbre				
10	Me canso sin hacer nada				
11	Tengo la mente tan clara como antes				
12	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13	Me siento intranquilo				
14	Tengo esperanza en el futuro				
15	Estoy mas irritable				
16	Me resulta fácil tomar dediciones				
17	Siento que soy útil y necesario				
18	Mi vida tiene bastante interés				
19	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20	Todavía disfruto de las cosas.				

**ANEXO 4**

**PROTOCOLO DE LA ESCALA DE ZUNG**

	PREGUNTA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA > PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
1	Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2	En la mañana me siento mejor	4	3	2	1
3	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	1	2	3	4
4	Me cuenta trabajo dormirme en la noche	1	2	3	4
5	Como igual que antes solía hacerlo	4	3	2	1
6	Todavía disfruto de las relaciones sexuales	4	3	2	1
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8	Tengo molestias de constipación	1	2	3	4
9	El corazón me late mas aprisa que de costumbre	1	2	3	4
10	Me canso sin hacer nada	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	4	3	2	1
13	Me siento intranquilo	1	2	3	4
14	Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15	Estoy mas irritable	1	2	3	4
16	Me resulta fácil tomar desiciones	4	3	2	1
17	Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18	Mi vida tiene bastante interés	4	3	2	1
19	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome	1	2	3	4
20	Todavía disfruto de las cosas.	4	3	2	1

CALIFICACION BASICA  
 MENOR DE 40  
 40 A 47  
 48 A 55  
 56 O MÁS

DIAGNOSTICO  
 NORMAL UMBRAL SUPERIOR  
 DEPRESION MODERADA  
 DEPRESION MARCADA  
 DEPRESION GRAVE

ANEXO 5

SINTOMATOLOGIA DEL EDO DEPRESIVO EN CORRELACION CON LA ESCALA DE AMD

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS	TEMAS DE LA ESCALA AMD	NO. DEL TEMA
I.- AFECTIVOS PERSISTENTES Deprimido, triste y melancólico	Me siento abatido y melancólico	1
Accesos de llanto	Tengo acceso de llanto y deseos de llorar	3
II.- EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS: variación diurna: Exageración de síntomas en la mañana y alivio conforme avanza el día	En la mañana me siento mejor	2
Sueño: Despertar temprano o frecuente	Me cuesta trabajo dormirme en la noche	4
Apetito: Disminución de la ingestión de alimentos	Como igual que antes solía hacerlo	5
Perdida de peso: Asociada con la ingestión de alimentos	Noto que estoy perdiendo peso	7
Sexuales: Libido disminuida	Todavía disfruto de las relaciones sexuales	6
Gastrointestinales: Constipación	Tengo molestias de constipación	8
Cardiovasculares: Taquicardia	El corazón me late mas aprisa que de costumbre	9
Músculo esqueléticas: Fatiga	Me canso sin hacer nada	10
III.- EQUIVALENTES PSICOLÓGICOS: Agitación psicomotora	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	13
Retardo psicomotor	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	12
Confusión	Tengo la mente tan clara como antes	11
Vacuidad	Mi vida tiene bastante interés	18
Desesperanza	Tengo esperanza en el futuro	14
Indecisión	Me resulta fácil tomar decisiones	16
Irritabilidad	Estoy irritable de lo usual	15
Ideación suicida	Creo que le haría un favor a los demás muriéndome	19
Devaluación personal	Todavía disfruto con las mismas cosas	20