



Universidad Nacional Autónoma de México

**Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado e Investigación**

**Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y
Capacitación Gerontológica "Arturo Mundet"
Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN
POBLACIÓN RESIDENTE DEL CENTRO GERONTOLÓGICO
ARTURO MUNDET-DIF NACIONAL**

TESIS DE POSGRADO

para obtener el diploma de la subespecialidad en

GERIATRÍA

presenta

Dra. Amelia Morales Saldaña

Asesor de Tesis

Dr. Sergio S. Valdés Rojas

México, D. F.

Septiembre 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional Autónoma de México

**Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado e Investigación**

**Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y
Capacitación Gerontológica "Arturo Mundet"
Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN
POBLACIÓN RESIDENTE DEL CENTRO GERONTOLÓGICO
ARTURO MUNDET-DIF NACIONAL**

TESIS DE POSGRADO

para obtener el diploma de la subespecialidad en

GERIATRÍA

presenta

Dra. Amelia Morales Saldaña

Asesor de Tesis

Dr. Sergio S. Valdés Rojas

México, D. F.

Septiembre 2006

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

NOMBRE: AMELIA MORALES SALDAÑA

FECHA: SEPTIEMBRE 2006

FIRMA: _____

DR. LUIS FEDERICO USCANGA DOMÍNGUEZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN

DR. SERGIO SALVADOR VALDÉS ROJAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GERIATRÍA Y ASESOR DE TESIS
DIRECTOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “ARTURO MUNDET” DIF NACIONAL

DR. LUIS MIGUEL GUTIÉRREZ ROBLEDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GERIATRÍA Y JEFE DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN

PENSAMIENTO Y AGRADECIMIENTOS

QUE TU VIDA ESTE PLENA DE:

- *Entusiasmo para ver hacia delante.
- *Felicidad para mantenerte alegre.
- *Problemas para mantenerte fuerte.
- *Penas para mantenerte humano.
- *Esperanza para mantenerte feliz.
- *Fracasos para mantenerte humilde.
- *Éxitos para mantenerte anhelante.
- *Riqueza para satisfacer tus necesidades.
- *Fe para desterrar la depresión.
- *Decisión para hacer que cada día sea mejor que ayer.

A Dios por darme la fuerza para seguir adelante.

A mi madre (†) por ser mi fuente de inspiración.

Al Dr. Sergio S. Valdés Rojas por darme la oportunidad en una etapa más de mi preparación.

A mi esposo e hijo por su paciencia y tiempo otorgado.

A mi familia (padres, hermanos, cuñados, sobrinos y suegros) por estar siempre presentes.

A mis pacientes ancianos, objetivo de mi aprendizaje.

¡A todos muchas gracias por su apoyo y confianza!

ÍNDICE	PÁGINA
RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y MÉTODOS	8
TAMAÑO DE LA MUESTRA	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	9
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	10
RESULTADOS	11
GRÁFICAS	13
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
ANEXOS	24
BIBLIOGRAFÍA	28

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia desde el nacimiento y es de naturaleza multifactorial. Envejecer exige una adaptación desde el punto de vista intelectual, social y afectivo y de esto dependerá la aptitud para enfrentar eficazmente los problemas que impone la realidad. La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica, su diagnóstico es complicado dada la frecuente comorbilidad, presentación atípica de los síntomas de depresión, los cuales pueden ser considerados como algo normal del anciano, y por lo tanto no son tratados oportunamente.

Dado que la prevalencia de depresión es muy variable, dependiendo del grupo estudiado, consideramos importante determinar estas cifras, así como los factores asociados en 118 pacientes de la población residente del Centro Gerontológico Arturo Mundet-DIF Nacional, de los cuales 34 (28.8%) pacientes presentaron depresión y respecto a los factores sociodemográficos: 24 mujeres con depresión (20.33%) y 10 hombres con depresión (8.47%). El grupo por edad más afectado el de 85 a 89 años, el estado civil de viudez, los pacientes sin religión (ateos), sin pensión, con dependencia grave (BARTHEL).

Dado que los pacientes comparten múltiples patologías asociadas, el grupo de 9 a 12 patologías fue el más afectado. Las enfermedades asociadas con depresión en orden descendente son: cardiovasculares, osteoartrosis, EPOC, enfermedad ácido péptica, diabetes mellitus, anemia e insuficiencia renal crónica. Así mismo los síndromes geriátricos asociados a depresión en orden descendente son: presbicia, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, polifarmacia, hipoacusia, inestabilidad y caídas, insomnio, constipación, e incontinencia fecal.

Los síntomas y signos más frecuentes no parecen corresponder a un trastorno depresivo perse endógeno, dados los múltiples factores asociados, donde la comorbilidad y funcionalidad ejercen una gran influencia.

De gran importancia conocer la prevalencia de depresión en este grupo de población institucionalizada, así como conocer y detectar en forma precoz y oportuna los factores biopsicosociales relacionados; para otorgar el tratamiento integral correspondiente en forma individualizada, disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida en los pacientes de la tercera edad.

ANTECEDENTES

El envejecimiento mundial de la población y los fenómenos naturales que la acompañan hacen de los ancianos un grupo de alto riesgo para padecer depresión. El envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia desde el nacimiento y es de naturaleza multifactorial, con pérdida de vitalidad, lo que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés, y conduce finalmente a la muerte. Envejecer exige una adaptación desde el punto de vista intelectual, social y afectivo, y de esto dependerá la aptitud para enfrentarse eficazmente a los problemas que impone la realidad (1).

La clasificación de los trastornos afectivos es materia de intensos debates en cuestiones clave de la nosología psiquiátrica en general; además de que ha sufrido numerosas y radicales transformaciones a lo largo de la historia. Las bases de estos cambios han variado desde una consideración detallada de los síntomas hasta la de su etiología (genético-biológica-psicosocial, etc), pasando por su vinculación con otras condiciones mórbidas, número y severidad de los síntomas, duración, respuesta a tratamientos, etc.

Las clasificaciones del DSM-IV TR y CIE-10 se han alejado de las clásicas bases etiopatogénicas y, al alcanzar elevada fiabilidad, poseen solo escasa validez y estabilidad diagnóstica (2).

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más común, y constituye un problema sanitario importante en la actualidad, acentuado por el progresivo envejecimiento de la población. Además, es un problema persistente o recurrente en el que confluyen diversas circunstancias como el estrés psicosocial, la comorbilidad y/o los cambios bioquímicos que se producen en el cerebro envejecido (3).

Los factores psicosociales adquieren una importancia primordial en el desencadenamiento y mantenimiento de la enfermedad depresiva en el anciano. La vejez puede traer consigo pérdidas, a parte de la salud propia, como la muerte de familiares, la pérdida de relaciones sociales, del lugar de residencia, del trabajo, la disminución o pérdida de ingresos económicos y del prestigio social.

Los estudios de Murphy, Emerson y cols. confirman la relación entre acontecimientos vitales graves y la depresión en el anciano (4,5).

Es difícil que se llegue a establecer el diagnóstico de depresión en los ancianos, y es aun más difícil que reciban un tratamiento antidepressivo adecuado. Esto es debido a que los síntomas afectivos son considerados por el paciente, la familia y el propio personal de salud como parte del proceso normal de envejecimiento. Además es común que el reporte de los síntomas depresivos por parte del paciente sea ambiguo o tenga una expresión clínica atípica.

La prevalencia de los síntomas depresivos en el adulto mayor varía de acuerdo con la definición utilizada. En población abierta la prevalencia oscila entre 15 y 20% y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5%. En pacientes hospitalizados en salas de cuidados agudos, la prevalencia aumenta de 20 a 30% y de 10 a 15% respectivamente. En pacientes institucionalizados la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40% y de depresión mayor de 12 a 16% (6).

Banda-Arévalo reportan un 48.6% en ancianos de asilos de Monterrey N. L., México. Pando M y cols. reportan una prevalencia de 36.2% en población abierta y domiciliaria en Guadalajara, México (7).

La prevalencia de depresión en ancianos discapacitados por enfermedades es alta; reportando Harper y cols. en enfermos hospitalizados del 51.7%. La depresión aparece en estos casos como una reacción a las discapacidades y dolores que la enfermedad conlleva. A su vez, estos ancianos poseen expectativas de vida más reducidas cuando se los compara con controles mentalmente sanos (4).

La depresión se caracteriza por una alteración del humor, o estado de ánimo crónicamente depresivo, de tipo crónico o recidivante; puede presentarse, entre otras formas, como un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (7).

La depresión, no es una entidad clínica única, es decir tiene diferentes formas de presentación: refiriéndola como una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, que bien puede ser, reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional, sin ser un estado patológico. Así mismo puede presentarse como un síntoma aislado pero más persistente, acompañando a otras patologías, generalmente de naturaleza crónica. Como síndrome depresivo, en el cual además del afecto depresivo se presentan otros síntomas como: astenia, adinamia, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), del apetito (anorexia o hiperfagia), problemas de atención y memoria, pesimismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, deseos de muerte e ideación suicida (8).

En ausencia de enfermedades concomitantes o deterioro cognitivo, la forma de presentación de la depresión en el anciano no difiere en mucho con respecto a la del adulto joven. Entre 8 a 15% de los casos de depresión en ancianos no cumplen con los criterios de depresión mayor establecidos por el DSM-IV (6).

Además de la depresión, otras patologías frecuentes en el anciano son: demencias, delirium, incontinencias, inestabilidad, caídas, inmovilidad, malnutrición, alteraciones sensoriales (auditivas, visuales), polifarmacia, etc. (9). Correlación estrecha entre estas patologías y las limitaciones funcionales, físicas, psíquicas y sociales, con un alto grado de repercusión en su estado de salud, en su capacidad para vivir, su calidad de vida, y en su mortalidad (10).

La escala de depresión geriátrica de Yesavage y cols.(GDS) ha mostrado una sensibilidad y especificidad superiores a otros instrumentos de detección de la depresión en el anciano. Es confiable y válida en sus diferentes versiones de 30, 15 y 5 puntos; además de útil para valorar la gravedad de la depresión (11, 12).

La evaluación con una adecuada historia clínica geriátrica será de gran valor para el tratamiento integral del paciente deprimido. Las intervenciones se pueden dividir a nivel biológico o somático: farmacológico, tratamiento electroconvulsivo; y a nivel psicosocial: psicoterapia individual y/o de grupo con información a la familia, soporte social y familiar (13).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen pocos estudios en población institucionalizada, así como gran variabilidad en las cifras de prevalencia de la depresión en pacientes geriátricos. La depresión es una causa importante de morbimortalidad, discapacidad y deterioro en la calidad de vida del anciano. Además con el aumento estimado en las cifras de esta población, cabe esperar incremento en su prevalencia, y más aún en ancianos institucionalizados, por lo cual es importante conocer la prevalencia de depresión y factores asociados en población residente del Centro Gerontológico Arturo Mundet-DIF Nacional (CGAM-DIF Nacional).

JUSTIFICACIÓN

La depresión es un problema social y médico frecuente, que coexiste con múltiples enfermedades. Sus consecuencias se acentúan en la etapa de la vejez, ya que puede conducir a discapacidad, marcado deterioro cognitivo, aumento de sintomatología somática, mayor utilización de los servicios médicos y aumento de las tasas de suicidio y mortalidad en general. En la práctica clínica existe un infradiagnóstico y en consecuencia un infratratamiento, por lo que es importante detectar los síntomas de depresión y evitar mayor deterioro físico, emocional, social y dependencia extrema, para mejorar la calidad de vida y evitar el riesgo de incrementos suicidas en la población geriátrica institucionalizada. De aquí la trascendencia de este estudio de investigación sobre la prevalencia de depresión y factores asociados en población residente del CGAM-DIF Nacional. Además de que puede ser el estudio inicial, para estudios posteriores de seguimiento y tratamiento.

OBJETIVOS

GENERAL:

1. Conocer la prevalencia de depresión y los factores asociados en población residente del CGAM-DIF Nacional.

ESPECÍFICOS:

- A. Identificar el grupo de edad y sexo más afectados por depresión.
- B. Identificar y correlacionar los factores sociodemográficos que influyen en la presentación de la depresión.
- C. Identificar y correlacionar funcionalidad y depresión.
- D. Identificar y correlacionar enfermedades y síndromes geriátricos con depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Tranversal, descriptivo, de prevalencia.

UNIVERSO:

El estudio se realiza en adultos mayores (60 años y mas) residentes del CGAM-DIF Nacional.

TRABAJO:

La población estudiada en base a que cumple los criterios de inclusión y se encuentra dentro de los límites del universo cronológico.

CRONOLÓGICO:

Se obtuvieron los datos del 19 de abril al 20 de junio del 2006.

RECURSOS:

A. HUMANOS:

- 1.- Pacientes mayores de 60 años de edad residentes del CGAM-DIF Nacional.
- 2.- Médico residente de segundo año de geriatría.
- 3.- Médico psiquiatra del CGAM-DIF Nacional
- 4.- Médico geriatra director del CGAM-DIF Nacional

B. MATERIALES:

1. Instalaciones del CGAM-DIF Nacional.
2. Computadora laptop TOSHIBA.
3. Impresora láser.
4. 118 expedientes clínicos.
5. Escalas clínicas a valorar,
6. 500 hojas tamaño carta.
7. 5 bolígrafos.

C. FINANCIEROS:

Los costos requeridos serán cubiertos por el investigador.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calcula el tamaño de la muestra de acuerdo a la fórmula para la estimación de una proporción

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

N= total de la población

$$Z_{\alpha} = 1.96 \quad (\text{con seguridad del } 95\%).$$

p= proporción esperada (es este caso 50%=0.5)

q= 1-p (en este caso 1-0.05= 0.95)

d= precisión (en este caso deseamos un 3%)

Que da como resultado n=117

Para fines prácticos se estudian 118 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes mayores de 60 años de edad, residentes del CGAM-DIF Nacional.
2. Pacientes de ambos sexos.
3. Pacientes que no presenten deterioro cognitivo avanzado.
4. Pacientes que no presenten hipoacusia severa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes menores de 60 años.
2. Pacientes con deterioro cognitivo severo
3. Pacientes con hipoacusia severa.
4. Pacientes que no acepten participar en el estudio.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se obtienen los datos por medio de la aplicación de 2 escalas clínicas validadas, una de ellas la escala de depresión geriátrica que cuenta con 15 preguntas, a cada una de las cuales le corresponde un puntaje de 1 según la respuesta de sí ó no; y si nuestro paciente presente una puntuación mayor de 5 sugiere depresión. Este resultado se correlaciona con los resultados obtenidos de la hoja de recolección de datos generales que integra diversos síntomas y signos inespecíficos atribuibles a patologías y/o somatización del paciente.

La segunda escala aplicada es el índice de BARTHEL que suma un total de 100 puntos en los pacientes totalmente independientes, 60 a 95 puntos en pacientes con dependencia leve, 40 a 55 puntos en pacientes con dependencia moderada, 20 a 35 puntos en pacientes con dependencia grave y menos de 15 puntos en pacientes con dependencia total.

Así mismo revisión de datos como edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, religión, economía, funcionalidad, patologías y número de fármacos en los pacientes.

Para el análisis estadístico los datos se analizan por medio de estadística descriptiva. Así como un estudio comparativo mediante la utilización de porcentajes y gráficas de los datos obtenidos.

RESULTADOS:

De los 118 pacientes que participaron en el estudio, 34 presentaron depresión (28.81%), que incluye 24 mujeres con depresión (20.33%) y 10 hombres con depresión (8.47%). Expresados al 100% por grupos de edad entre 65-69 años 2 pacientes con depresión (5.88%), del grupo entre 70-74 años 1 paciente (2.94%), de 75-79 años 4 pacientes (11.76%), de 80-84 años 7 pacientes (20.58%), de 85 a 89 años 10 pacientes (29.41%), de 90 a 94 años 6 pacientes (17.6%), y del grupo entre los 95 y 100 años 4 pacientes (11.76%).

En lo que se refiere al estado civil, la depresión se encontró en 16 de 40 pacientes viudos (40%), en 15 de 55 solteros (27.2%), 1 de 5 divorciados (20%), 1 de 6 casados (16.6%), 1 de 12 separados (8.3%).

En cuanto a la asociación depresión y religión de los pacientes: 19 de 86 pacientes católicos (22.09%), 8 de 17 pacientes creyentes (47.05%), 1 de 6 pacientes con otra religión (6.25%), 5 de 9 pacientes ateos (55.5%).

Con respecto al nivel de escolaridad y depresión encontrada en 4 de 17 pacientes analfabetas (23.52%), 24 de 71 pacientes con primaria (33.80%), 2 de 16 pacientes con secundaria (12.5%), 3 de 8 pacientes con bachillerato (37.5%), y 1 de 6 pacientes con licenciatura (16.66%).

Del factor económico se encontró depresión en 29 de 86 pacientes sin pensión (33.72%), en 3 de 16 pacientes pensionados (18.75%), 1 de 13 pacientes con ayuda económica (7.69%), 1 de 3 pacientes con pensión más ayuda económica (33.33%).

De acuerdo a la funcionalidad en base a la escala de BARTHEL se encuentra depresión en 6 de 8 pacientes con dependencia grave (75%), 2 de 6 pacientes con dependencia moderada (33.3%), 18 de 56 pacientes con dependencia leve (32.14%) y 8 de 48 pacientes totalmente independientes (16.66%).

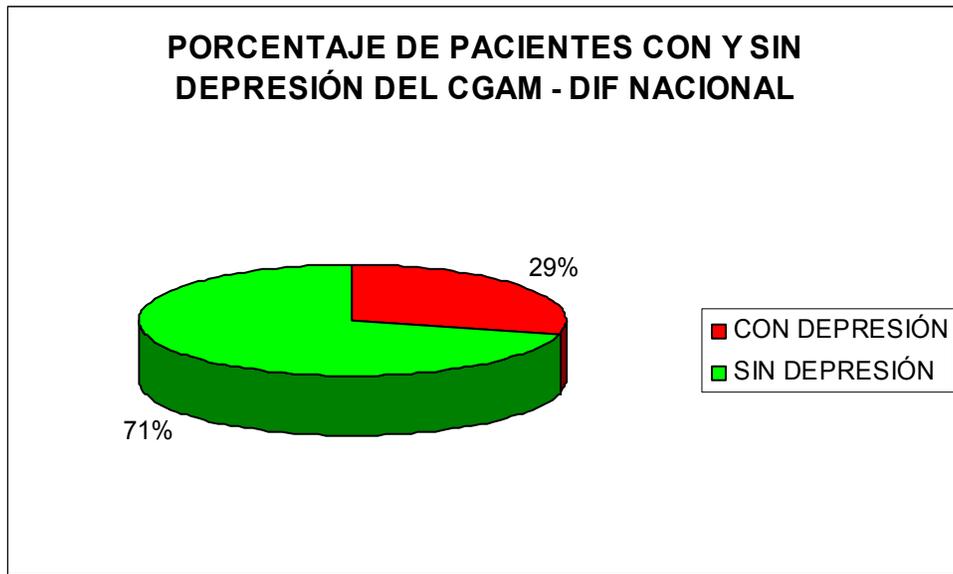
Dado que los pacientes comparten múltiples patologías asociadas a depresión se identifican por 3 grupos; en el grupo de 5-8 patologías incluye 11 pacientes deprimidos, en el grupo de 9 a 12 patologías incluye 16 pacientes deprimidos y en el grupo de 13 a 17 patologías incluye a 7 pacientes deprimidos. Las enfermedades asociadas con depresión son: cardiovasculares 39.55%, osteoartrosis 22.38%, EPOC 8.20%, enfermedad ácido péptica 8.20%, diabetes mellitus 5.97%, anemia 4.47%, insuficiencia renal crónica 3.73% y otros 7.46%. Así mismo los síndromes geriátricos asociados a depresión son: presbicia en 24 pacientes deprimidos y representa el 15.78% del total de síndromes geriátricos, deterioro cognitivo en 21 pacientes (13.81%), incontinencia urinaria en 21 pacientes (13.81%), polifarmacia en 20 pacientes (13.15%), hipoacusia en 16 pacientes (10.52%), inestabilidad y caídas en 13 pacientes (8.55%), insomnio en 12 pacientes (7.89%), constipación en 11 pacientes (7.23%), incontinencia fecal en 8 pacientes (5.26%), otros: 5 con desnutrición y 1 con inmovilidad (3.94%).

Los síntomas y signos más frecuentes encontrados en los pacientes con depresión son de larga evolución: soledad (19 pacientes), disminución del apetito (15 pacientes), sensación de fracaso (14 pacientes), desesperanza (12 pacientes), ansiedad (11 pacientes) pérdida de peso (11 pacientes), crisis de llanto (11 pacientes), disminución del placer (9 pacientes), baja autoestima (8 pacientes), pérdida de intereses (8 pacientes), expresión triste (7 pacientes), irritabilidad (5 pacientes) y pesimismo (5 pacientes).

INDICE DE GRÁFICAS

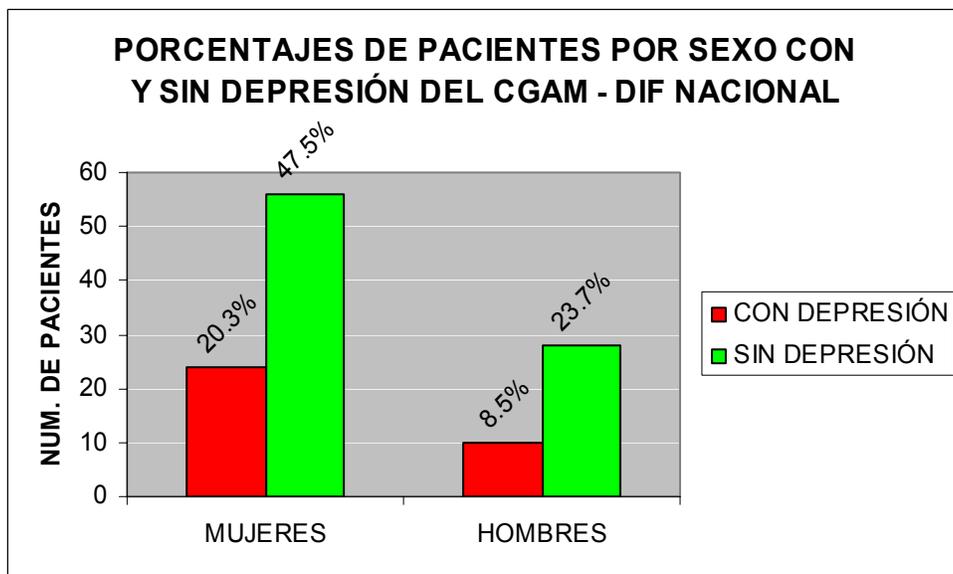
- 1.- Porcentaje de pacientes residentes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.
- 2.- Porcentaje de pacientes hombres y mujeres del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.
- 3.- Porcentajes por grupos de edad de pacientes del CGAM-DIF Nacional con depresión.
- 4.- Estado civil de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.
- 5.- Religión de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.
- 6.- Nivel de escolaridad de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.
- 7.- Economía de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.
- 8.- Funcionalidad de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.
- 9.- Número de enfermedades de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con depresión.
- 10.- Enfermedades asociadas con depresión en pacientes del CGAM-DIF Nacional.
- 11.- Síndromes geriátricos asociados con depresión en pacientes del CGAM-DIF Nacional.
- 12.- Síntomas y signos asociados a depresión en pacientes del CGAM-DIF Nacional.

GRÁFICA 1



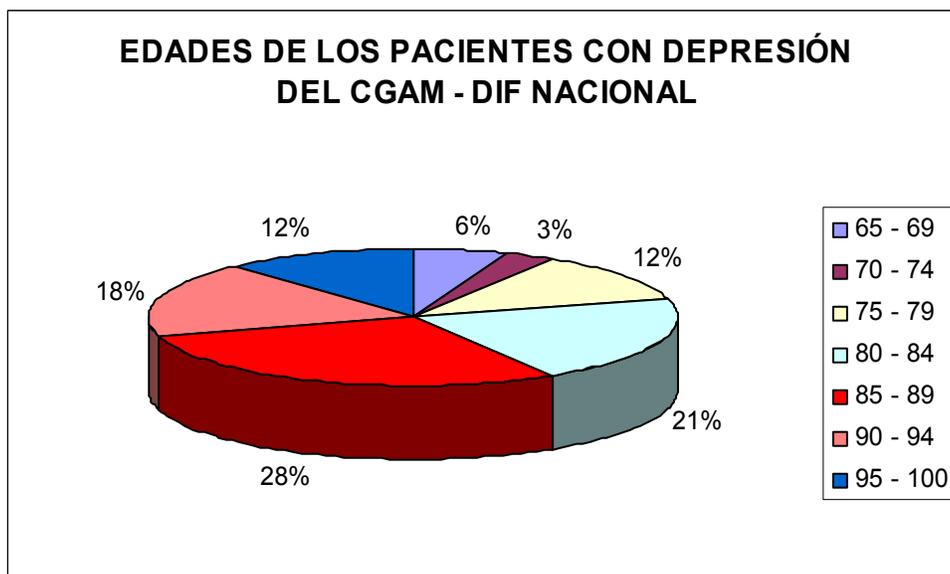
1.- Porcentaje de pacientes residentes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.

GRÁFICA 2



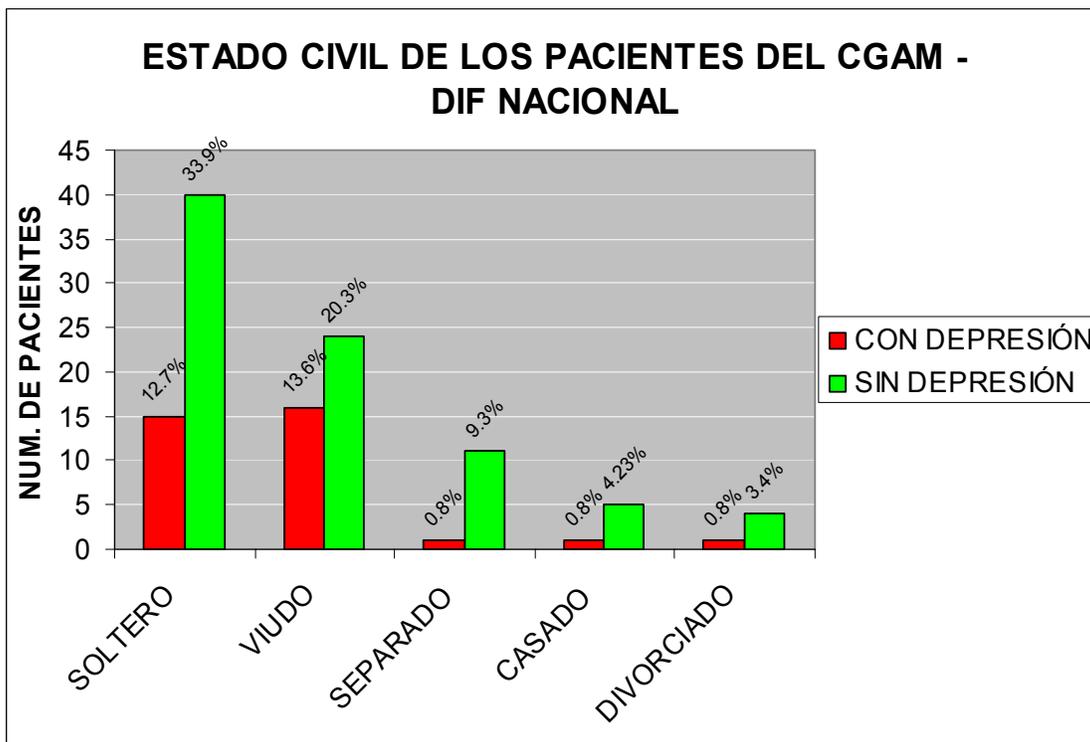
2.- Porcentaje de pacientes hombres y mujeres del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.

GRÁFICA 3



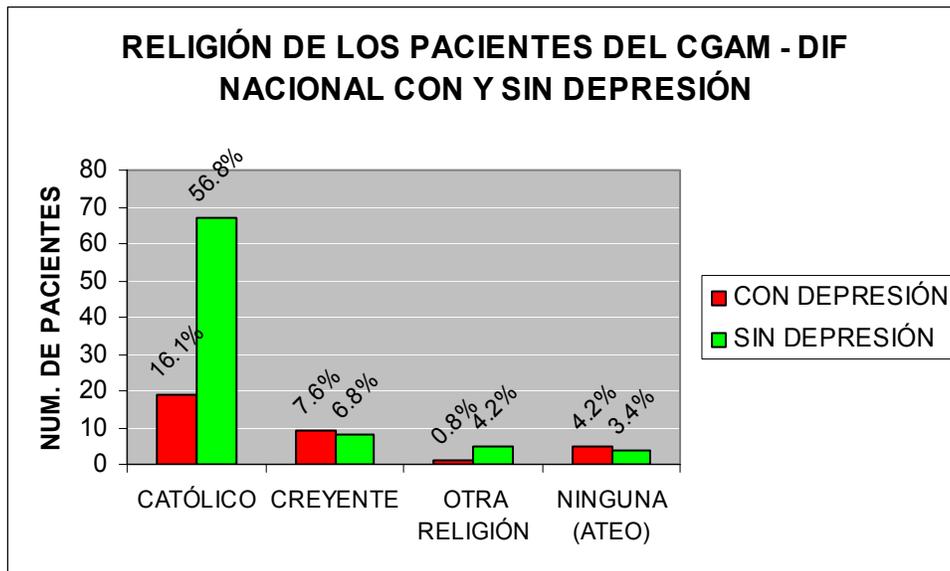
3.- Porcentajes por grupos de edad de pacientes del CGAM-DIF Nacional con depresión.

GRÁFICA 4



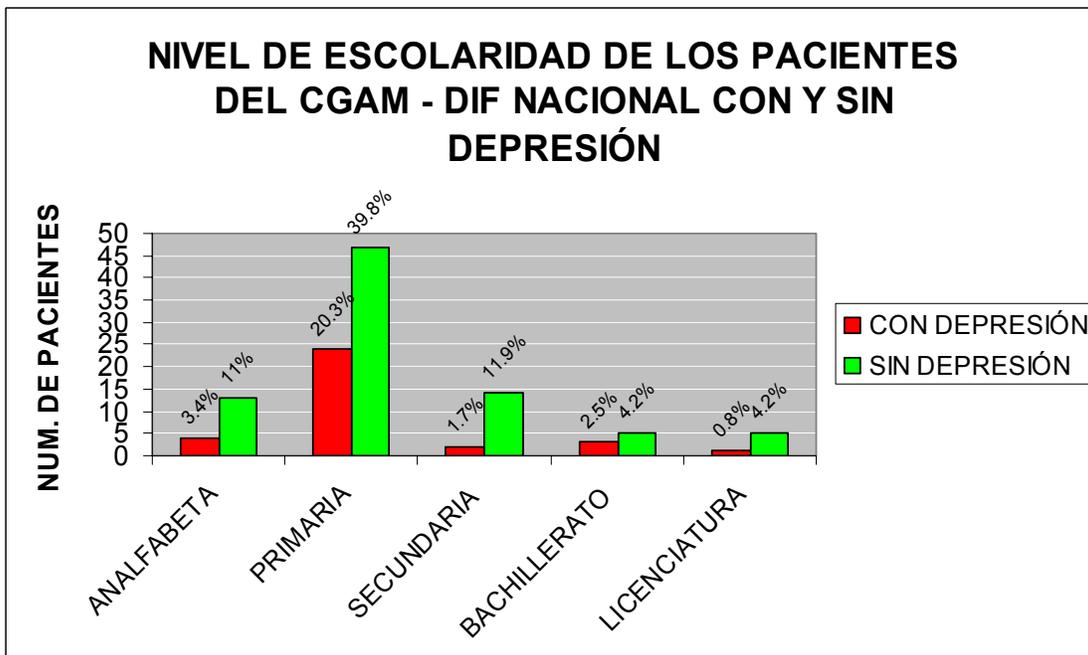
4.- Estado civil de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.

GRÁFICA 5



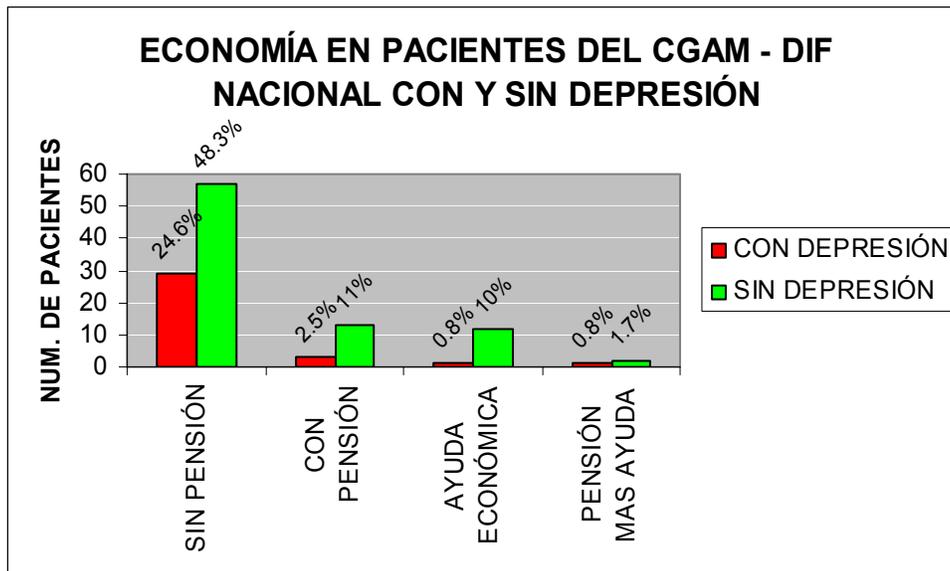
5.- Religión de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.

GRÁFICA 6



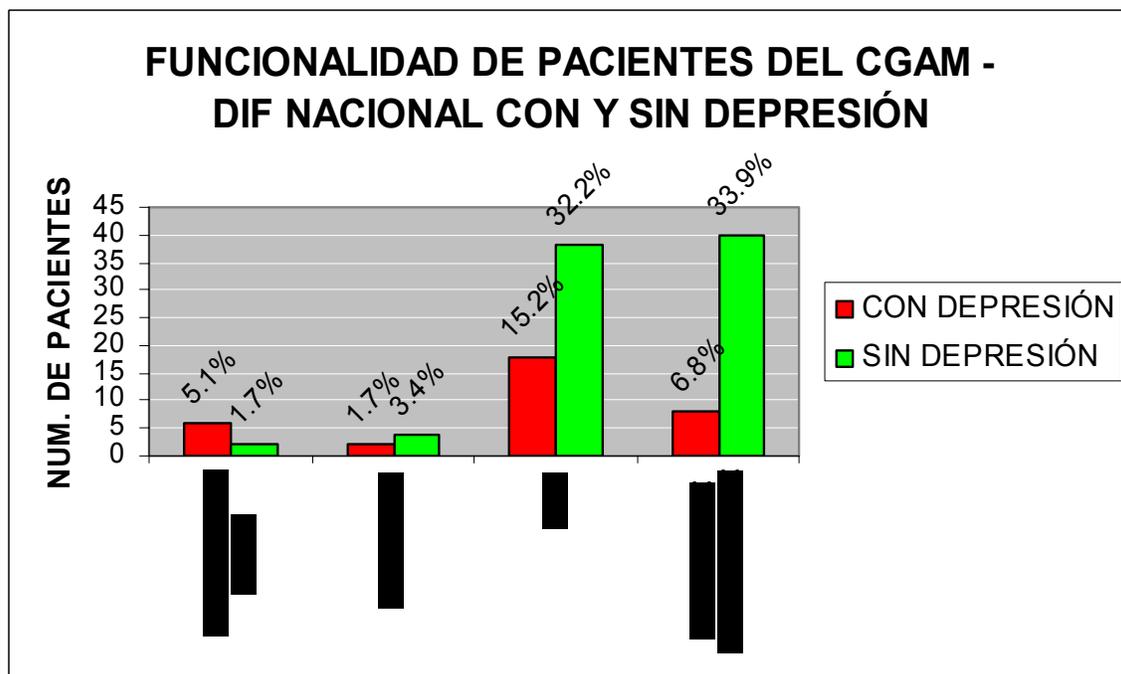
6.- Nivel de escolaridad de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.

GRÁFICA 7



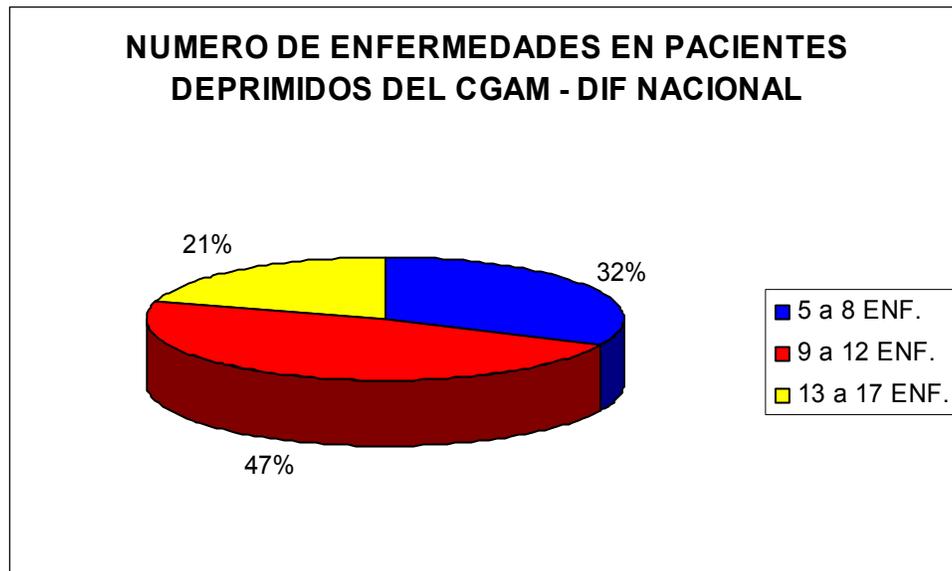
7.- Economía de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.

GRÁFICA 8



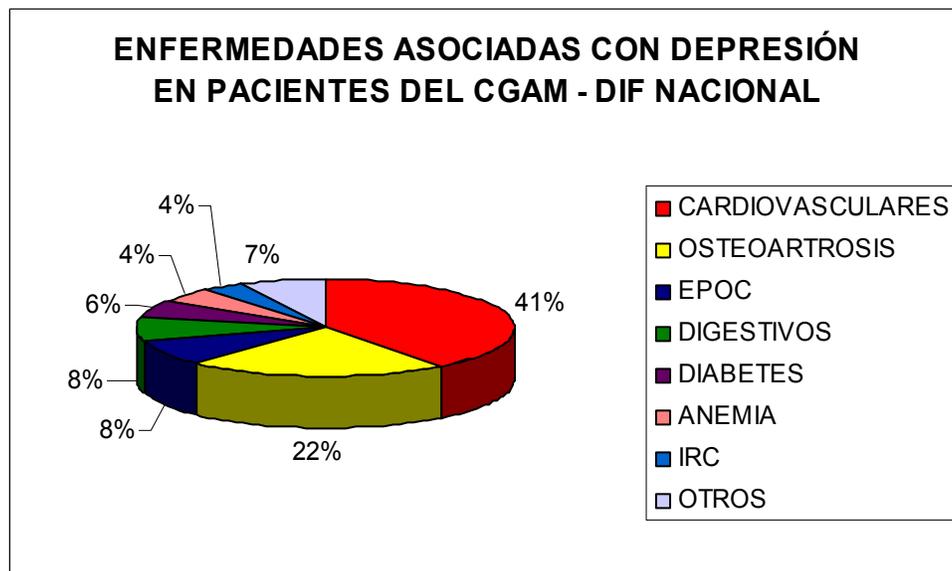
8.- Funcionalidad de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con y sin depresión.

GRÁFICA 9



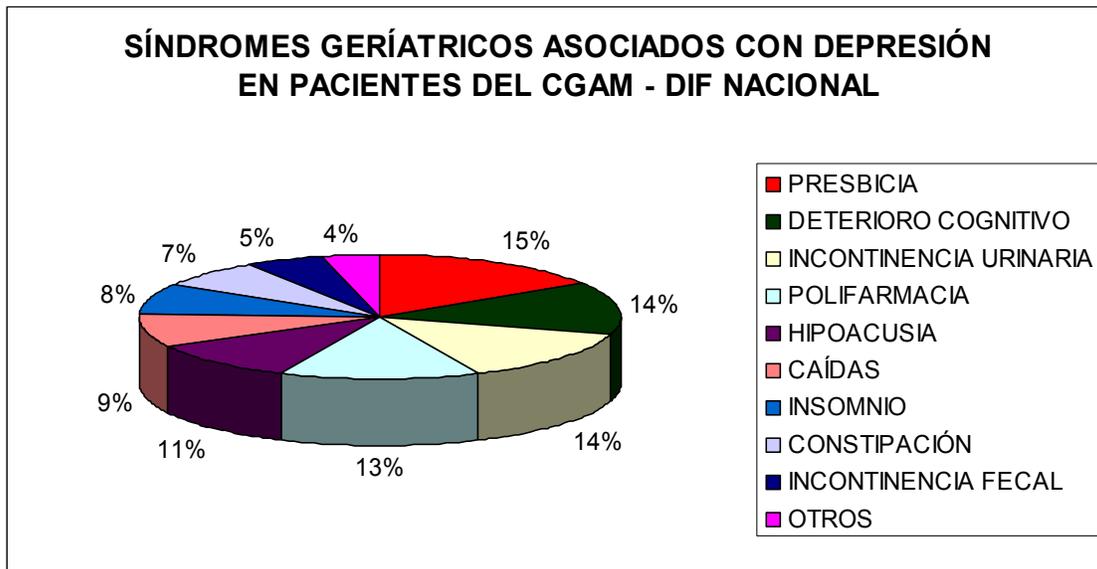
9.- Número de enfermedades de los pacientes del CGAM-DIF Nacional con depresión.

GRÁFICA 10

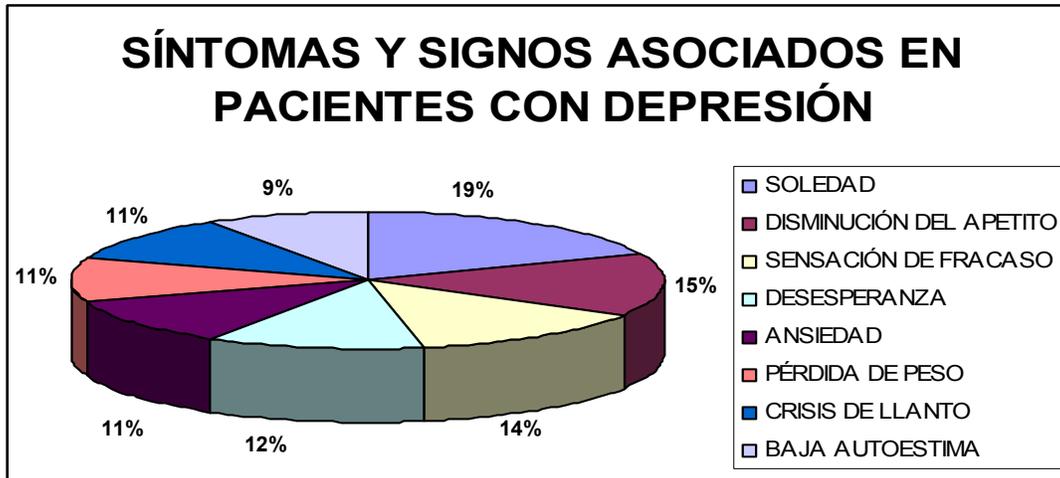


10.-Enfermedades asociadas con depresión en pacientes del CGAM-DIF Nacional.

GRÁFICA 11



11.-Síndromes geriátricos asociados con depresión en pacientes del CGAM-DIF Nacional.



12.-Síntomas y signos asociados a depresión en pacientes del CGAM-DIF Nacional.

DISCUSIÓN

La depresión es un problema de Salud Pública y Social. Es un síndrome geriátrico frecuente que produce un alto grado de incapacidad y aumenta la morbimortalidad, con un impacto negativo en la calidad de vida de quien la presenta. Si de antemano ya es frecuente la comorbilidad en el anciano: trastornos médicos no psiquiátricos y su asociación con patología depresiva, que se presentan simultáneamente en una interacción compleja; lo cual dificulta su diagnóstico, y por lo tanto son con frecuencia no tratados; siendo este un padecimiento potencialmente tratable.

En este grupo de estudio del CGAM-DIF Nacional se confirma que el 28.8% presentan depresión y no se contaba previamente con el reporte de estas cifras; por lo tanto es necesario un abordaje integral biopsicosocial en el entendimiento etiológico de la depresión, implicando intervenciones multidisciplinarias e idealmente interdisciplinarias.

Es muy importante conocer la prevalencia de depresión en este grupo de población institucionalizada, así como conocer y detectar en forma precoz y oportuna los factores biopsicosociales relacionados; otorgar el tratamiento correspondiente en forma individualizada, disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida en los pacientes de la tercera edad.

Hubiera sido interesante conocer la prevalencia de toda la población residente del CGAM-DIF Nacional, dado que no se incluyeron en el estudio a 16 pacientes que presentaban criterios de exclusión y que probablemente cursen con depresión enmascarada por sus patologías de base más complicadas y a los cuales habría que aplicarles otra escala de depresión más específica.

La vejez es la etapa de la vida en la que se presentan mayor número de pérdidas (cónyuge, laboral, amistades, rol en la familia y en la sociedad) y el menor grado de adaptación a estas pérdidas, sumado a la presencia o no de comorbilidades darán como resultado la presencia de depresión. Por lo tanto es importante prepararse, conocer y afrontar el proceso de envejecimiento aplicando medidas preventivas y tratar de llegar a esta etapa lo mejor posible.

CONCLUSIONES

De la población geriátrica que reside en el CGAM-DIF Nacional, de 118 pacientes incluidos en el estudio, 34 presentaron depresión (28.81%), con mayor afección del sexo femenino y el grupo de edad más afectado entre los 85 y 89 años de edad.

El estado civil de viudez el más afectado por depresión, a pesar de que la mayoría de la población está soltera.

El grupo de pacientes según religión más afectada por depresión son ateos, no obstante que también la mayoría de la población es católica; y el grupo menos afectado el de otras religiones (evangélico).

El nivel de escolaridad que prevalece en esta población es la primaria (incompleta y completa), aún así el grupo más afectado por depresión es el que tiene bachillerato (dado que además presentan múltiples patologías y síndromes geriátricos).

Respecto a la economía de los pacientes, la mayoría no recibe pensión, así mismo este mismo grupo es el más afectado por depresión; aún así el grupo minoritario que recibe pensión más ayuda económica tiene un porcentaje significativo de depresión que está en estrecha relación con patologías y síndromes geriátricos.

El nivel de funcionalidad que prevalece en esta población, de acuerdo a la escala de BARTHEL es la dependencia leve (56 pacientes), seguida por pacientes totalmente independientes (48), subsecuentemente pacientes con dependencia grave (8) y pacientes con dependencia moderada (6). Los pacientes con dependencia grave es el grupo más afectado por depresión, seguido de una relación inversamente proporcional al grado de dependencia, siendo el grupo totalmente independiente el menos afectado.

El número de patologías en los pacientes con depresión es considerable con respecto a los no deprimidos; de los 3 grupos de pacientes encontrados con depresión, el grupo con 9 a 12 patologías fue el más afectado, seguido por el grupo de pacientes con 5 a 8 patologías y subsecuentemente el grupo de pacientes con 13 a 17 patologías.

De las enfermedades más frecuentes asociadas a depresión son: cardiovasculares, seguidas en orden descendente por osteoartrosis, enfermedad ácido péptica, EPOC, diabetes mellitus, anemia, insuficiencia renal crónica en estadio avanzado. Así mismo los síndromes geriátricos más frecuentes en pacientes con depresión son: presbicia en primer lugar, seguida del deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, polifarmacia, hipoacusia, inestabilidad y caídas, insomnio, constipación, incontinencia fecal, otras (desnutrición e inmovilidad).

Los síntomas y signos más frecuentes encontrados en los pacientes no parecen corresponder a un trastorno depresivo perse endógeno, dados los múltiples factores asociados, donde la comorbilidad y funcionalidad ejercen una gran influencia.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Considerando que este estudio es de prevalencia, observacional, transversal, basado solo en encuestas y algunos parámetros de la historia clínica, y que no incluye exploraciones invasivas; respetando por lo tanto al Reglamento de la Ley General de Salud en la cual se establecen algunos puntos:

“Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”.

1. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, Investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado. Sin embargo aplicaremos el siguiente artículo para testificar la cooperación del paciente.
2. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, Investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado

civil: _____ Escolaridad: _____

Religión: _____ Economía _____

Patologías: _____

Medicamentos: _____

SÍNTOMAS (Tiempo de evolución)

- 1.- Disminución de la satisfacción o placer.
- 2.- Pérdida de intereses
- 3.- Baja autoestima
- 4.- Irritabilidad
- 5.- Miedo y ansiedad
- 6.- Desesperanza
- 7.- Sensación de fracaso
- 8.- Sentimiento de soledad
- 9.- Pesimismo
- 10.- Anorexia, astenia
- 11.- Trastornos del sueño
- 12.- Fallas en la memoria y concentración
- 13.- Otros, etc.

SIGNOS (Tiempo de evolución)

- Postura inmóvil
- Expresión triste
- Falta de cooperación
- Retraimiento social
- Hostilidad
- Variaciones del humor
- Aspecto desaliñado
- Crisis de llanto
- Pérdida de peso
- Mutismo
- Brotos de agresividad

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (Yesavage): versión de 15 ítems.

Nombre del paciente: _____

	SÍ	NO
1.- ¿Está usted básicamente satisfecha con su vida?	0	1
2.- ¿En fecha reciente, dejó de hacer sus actividades e intereses?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra frecuentemente aburrido?	1	0
5.- ¿Suele encontrarse de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6.- ¿Tiene miedo de que algo malo pueda pasarle?	1	0
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Con frecuencia se siente desamparado?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en la residencia o salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10.- ¿Siente que tiene más problemas con la memoria que los demás?	1	0
11.- ¿Cree que es maravilloso vivir?	0	1
12.- ¿Se siente muy inútil como está ahora?	1	0
13.- ¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
14.- ¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0

Una calificación de 0 a 5 es normal, más de 5 sugiere depresión.

Resultado: _____

INDICE DE BARTHEL (Actividades básicas de la vida diaria)

Nombre del paciente: _____

Comida

- 10 Independiente. Capaz de comer solo en tiempo razonable, cocinada y servida por otra persona.
- 5 Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla pero es capaz de comer solo.
- 0 Dependiente. Necesita ayuda por otra persona.

Vestido

- 10 Independiente. Se pone y quita la ropa solo.
- 5 Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente.

Aseo general

- 5 Independiente. Capaz de bañarse solo, entra y sale del baño sin ayuda ni ser supervisado.
- 0 Dependiente. Necesita ayuda o supervisión.

Arreglo personal

- 5 Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna.
- 0 Dependiente. Necesita alguna ayuda.

Traslado cama/sillón

- 15 Independiente. No requiere ayuda para sentarse o elevarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
- 10 Mínima ayuda. Incluye supervisión o una pequeña ayuda.
- 5 Gran ayuda. Requiere de ayuda de una persona fuerte o entrenada, capaz de estar sentado sin ayuda.
- 0 Dependiente. Requiere de una grúa de transporte o de 2 personas, es incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

- 15 Independiente. Puede deambular en su casa sin ayuda o supervisi3n, con ayuda mecánica, excepto andadera. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela o quitársela solo.
- 10 Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda por parte de otra persona o utiliza andadera.
- 5 Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n.
- 0 Dependiente. Requiere de ayuda por otra persona.

Subir y bajar escaleras

- 10 Independiente. Capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda ni supervisión.
- 5 Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
- 0 Dependiente. Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor.

Acudir al baño

- 10 Independiente. Entra y sale solo, no necesita ayuda de otra persona.
- 5 Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño y limpiarse solo.
- 0 Dependiente. Incapaz de acceder al baño y requiere de ayuda por otra persona.

Control de esfínter vesical

- 10 Continente. Sin episodios de incontinencia urinaria, capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (pato, sonda, bacín).
- 5 Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24hs o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
- 0 Incontinente. Más de un episodio en 24hs. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse. Incluye administración de enema o supositorio por otra persona.

Control de esfínter anal

- 10 Continente. No presenta episodios de incontinencia fecal.
- 5 Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- 0 Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enema o supositorio por otra persona.

Interpretación:

- 15 o menos= dependencia total
- 20-35= dependencia grave
- 40-55=dependencia moderada
- 60-95=dependencia leve
- 100=totalmente independiente.

Resultado_____

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Márquez C y Cols. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria* 2005; 36(6): 345-346.
- 2.- Vallejo RJ. Valoración crítica de la clasificación norteamericana de los trastornos afectivos. *Depresión actual*. Fundación Valenciana de Estudios Avanzados, Valencia 2002.
- 3.- Agüera OL, Carrasco MM, Cervilla BJ. Trastornos depresivos. *Psiquiatría Geriátrica*, 1ra. Ed. Barcelona: Masson, 2002; 333-359.
- 4.- Gómez FI. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiqu. Biol*; 2002; 9(1):13-17.
- 5.- Rodríguez Fernández y cols. Estudio descriptivo de los trastornos de ánimo en la población mayor de 65 años que acude a consulta en un medio rural. *SEMERGEN* 2004; 30(7): 320-325.
- 6.- d'Hiver DC, Gutiérrez RL. Depresión. *Geriatría*, 1ra. Ed. México: Manual Moderno, 2006; 349-356.
- 7.- Pando Moreno y cols. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Rev. Esp. Geriatría y Gerontología* 2001; 36 (3): 140-144.
- 8.- González HA, Sosa OA. Depresión en el anciano. *Revista de Gerontología y Geriatría* 2003:18-25.
- 9.- Jorgen Unutzer, Gregory Simon. Care for depression in HMO patients age 65 an older. *Journal of the American Geriatric Society* 2000; V48.
- 10.- Benítez MA. Impacto del estado funcional y cognitivo en la mortalidad de las personas mayores que viven en la comunidad. *Atención Primaria* 2005; 36 (9).
- 11.- Roberts, Shema, Sarah, Kaplan. Sleep Complaints and depression in an aging cohort. *The American Journal of Psychiatry*; 157 (2) January 2000.
- 12.- Rinaldi P. et al. Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale in Elderly Subjects in three Different Settings. *Journal of the American Geriatric Society* 2003; 51 (5): 694-698.
- 13.- Torpy M. Depression. *JAMA* 2006; 295(3): 348.