



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

"FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
GERIÁTRICOS INTERNADOS EN MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO"

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
M E D I C I N A I N T E R N A
P R E S E N T A :
DR. VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ SOLÍS

ASESOR DE TESIS: DRA. CLAUDIA E. GARCÍA VUDOYRA



MÉXICO, D.F.

JULIO DEL 2006.



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.


México D. F. a Julio del 2006

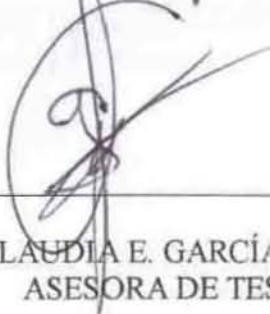
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SECRETARIA DE SALUD
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS
EN MEDICINA INTERNA.”
HJM-1208/06.03.07


HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO, O.P.D.

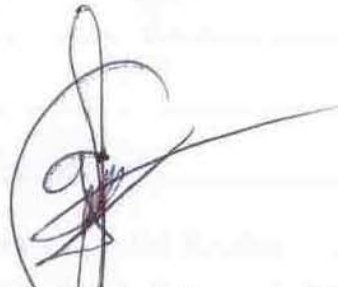
DR. LUIS DELGADO REYES
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA
DIVISIÓN DE ENSEÑANZA


DR. JOSÉ MANUEL CONDE MERCADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO


DRA. CLAUDIA E. GARCÍA VUDOYRA
ASESORA DE TESIS.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SECRETARIA DE SALUD
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS
EN MEDICINA INTERNA”
HJM 1208/06.03.07



DRA. CLAUDIA E. GARCÍA VUDOYRA
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SECRETARIA DE SALUD
ASESOR DE TESIS.



DR. VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ SOLÍS
EXRESIDENTE DE MEDICINA INTERNA

INDICE:

<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>15</i>
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	<i>16</i>
<i>HIPÓTESIS</i>	<i>17</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>18</i>
<i>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</i>	<i>19</i>
<i>DEFINICIÓN DE VARIABLES</i>,	<i>19</i>
<i>UNIVERSO DE TRABAJO</i>	<i>21</i>
<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN</i>	<i>22</i>
<i>PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i>	<i>23</i>
<i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i>	<i>24</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>25</i>
<i>DISCUSIÓN</i>	<i>31</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>38</i>
<i>ANEXO. RELACIÓN DE GRÁFICAS</i>	<i>39</i>
<i>CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i>	<i>40</i>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>41</i> ..

INTRODUCCIÓN.

Los cambios demográficos en los países en desarrollo inician un rápido incremento en el número relativo y absoluto de la población vieja. Cada uno de los cambios es comúnmente referido como transición demográfica y es esencialmente debido a un decline tanto en la tasa de fertilidad como de mortalidad ésta última debido a avances en la medicina (1).

Debido a la declinación progresiva de la fertilidad y al constante aumento de la esperanza de vida, la población del mundo presentará un proceso de envejecimiento más rápido en la mitad del siglo que ahora comienza en comparación a lo ocurrido en épocas anteriores. Existirá un incremento progresivo de los adultos y un número cada vez mayor de personas mayores de 65 años (2).

Los países desarrollados encabezan el proceso de envejecimiento lo cual corresponde a dos terceras partes de su población, mientras que el aumento progresivo de viejos lleva un ritmo más lento en los países en desarrollo (3).

El proceso de envejecimiento es notablemente heterogéneo y la salud física y mental de un viejo varía notablemente dependiendo de numerosos factores genéticos y ambientales. De este modo la edad cronológica no siempre corresponde a la biológica (4).

La edad avanzada se asocia con una merma de capacidades físicas, mentales, económicas y sociales de la persona. Con frecuencia el anciano desarrolla una dependencia derivada de la pérdida de la autonomía y de esas capacidades una vez poseídas. El proceso de envejecimiento de la población va acompañado de un número cada vez mayor de personas que presentan un deterioro funcional (5).

La relevancia de los trastornos depresivos en la psiquiatría geriátrica es muy importante por varios motivos, entre otros, la proporción creciente de pacientes ancianos en nuestro

entorno, la alta prevalencia de los trastornos depresivos también entre la población de edad avanzada y la frecuente comorbilidad de la depresión con enfermedades propias del anciano como, por ejemplo, las demencias o la enfermedad de Parkinson. El hecho de que el trastorno sea una de las causas más frecuentes de atención médica, pueda tratarse de un modo efectivo y existan indicios epidemiológicos de déficit en su detección, hacen de la depresión una de las alteraciones centrales en la psicopatología del anciano (6).

La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes en la población geriátrica, el diagnóstico de la depresión en los viejos es un tema complejo que lleva a muchos errores, es frecuente que los síntomas de depresión sean tomados como algo normal o habitual en los viejos y no se le da la importancia que merece, además las personas al envejecer tienden a no expresar sus sentimientos, por lo que podemos encontrar síntomas somáticos como pérdida de apetito, cefalea, a menudo tan variados que no se relacionan a una depresión. El incidir tempranamente en la depresión evita complicaciones como son el abatimiento funcional y la muerte.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Su presencia disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la semivida. Se eleva el riesgo de muerte prematura, no sólo por el incremento posible de suicidios, sino por la enfermedad somática y la disminución de las defensas. Prolonga las estancias hospitalarias y obtiene un peor grado de funcionalidad, con repercusiones económicas y sociales muy elevadas, en costes directos y, sobre todo, indirectos, ya que genera numerosas consultas, ingresos, tratamientos o bajas laborales (7).

La depresión afecta a cerca del 50% de los ancianos médicamente enfermos o que se encuentran en unidades de medicina interna (7).

Aunque la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en los viejos, es frecuente que no se reconozca y no se trate, causando morbilidad y mortalidad significativa. Varios estudios han mostrado que los médicos de primer contacto fallan para diagnosticar del 30 al 75% de pacientes que sufren de trastornos mentales comunes, incluyendo depresión (8).

La depresión es un trastorno común entre los viejos hospitalizados: se estima que del 10 al 20% de los pacientes viejos internados experimentan depresión mayor y otro 20 a 30% tiene depresión menor. Estas condiciones han sido asociadas con resultados adversos durante la hospitalización, incluyen aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad, reducen la proporción de recuperación de enfermedades, empeora e incapacita la funcionalidad y el estado de salud después de su alta (9).

Un asunto particular para los profesionales de la salud es el impacto potencial que la depresión mayor y la sintomatología depresiva tiene en la salud física y, últimamente, en los costos de los cuidados para la salud. La depresión en los viejos ha sido asociada con funcionalidad baja, pobres resultados después de la hospitalización, incremento de la morbilidad, e incremento del riesgo de muerte. Además varios investigadores han reportado que la depresión está asociada con una proporción elevada de uso de cuidados médicos (10).

Simon y colaboradores y Unützer y colaboradores reportan que los síntomas depresivos fueron asociados prospectivamente con altos costos de hospitalización. El hallazgo de que la depresión en los viejos está asociada con altos costos de hospitalización puede ser explicado por estancias hospitalarias largas o más hospitalizaciones (10).

En resumen, cerca de la mitad de todos los dólares utilizados en cuidados de salud en los Estados Unidos son usados para costos de hospitalización (10).

Estudios epidemiológicos describen una prevalencia de depresión mayor de 1 a 5% y de síntomas depresivos significantes del 8 al 27% en viejos que viven en la comunidad (8). La prevalencia del trastorno depresivo mayor en viejos sanos y no institucionalizados es entre el 1 y 5% (10-12), pero muchos como 5 millones de los 31 millones de viejos Americanos reportan síntomas depresivos clínicamente significativos. Un número de estudios previos han mostrado que la depresión mayor, la distimia y el inicio de los síntomas depresivos tienen un impacto significativo en la habilidad individual de los viejos para la función y su calidad de vida. La depresión también se ha asociado con otros resultados adversos, como incremento de la morbilidad, mortalidad y uso elevado de servicios médicos (11).

La depresión es un problema de salud pública mayor en la población vieja. La prevalencia de las variedades de trastornos depresivos dependen del escenario, siendo más alta en sujetos hospitalizados y residentes de asilos. De los viejos que viven en la comunidad de 1 a 3% sufren de depresión mayor, incrementándose del 10 al 15% en pacientes viejos hospitalizados y residentes de asilos. En cada escenario, los síntomas depresivos son de 2 a 4 veces más prevalentes que la depresión mayor (12).

La tasa prevalente de depresión en los viejos que residen en los asilos es de tres a cinco veces la de los viejos que viven en la comunidad (13)

Aproximadamente 15% de los viejos experimentan síntomas depresivos significantes que no pueden ser vistos por la rigidez de los criterios del DSM-IV para depresión mayor (10).

Aunque el tratamiento como es la medicación antidepresiva y tipos específicos de psicoterapia han mostrado que son efectivos en esta población, la depresión en los viejos es frecuentemente no reconocida y no tratada. Callahan y colegas encontraron que solamente uno de siete pacientes externos viejos quienes tenían síntomas depresivos

significantes, con mediciones de puntaje de 16 o más en la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, recibían tratamiento con antidepresivos (11).

Ganguli y colegas (1997), quienes estudiaron una muestra de viejos que viven en la comunidad, encontraron que había una significativa subutilización de los servicios de salud mental y medicación antidepresiva en esta población (11).

Hay evidencia también de que muchos pacientes viejos deprimidos no se quejan espontáneamente de depresión y frecuentemente no buscan servicios de salud mental (8).

La depresión está asociada con una alta prevalencia y riesgo de incapacidad y se proyecta a convertirse en la segunda causa principal de incapacidad para el 2020. Además, los resultados de varias enfermedades (como son enfermedades cardiovasculares, ictus y enfermedad de Parkinson), son peores cuando ellas se asocian con depresión. Finalmente la depresión está asociada con el uso incrementado de servicios médicos. Aunque la depresión es un trastorno mental intenso y común en el viejo, menos del 50% de los viejos deprimidos reciben un diagnóstico correcto y aún menos son tratados adecuadamente (12).

A pesar de la conciencia elevada y la accesibilidad de tratamiento efectivo, incluyendo medicación, psicoterapia y terapia electroconvulsiva, la depresión en asilos queda subreconocida y subtratada. Aún cuando la depresión es reconocida, menos de un cuarto de los diagnosticados reciben tratamiento, y cuando ellos son tratados con medicamentos ellos frecuentemente reciben una dosis subóptima (13).

La depresión a finales de la vida ocurre en el contexto de problemas sociales y físicos que frecuentemente complican el diagnóstico e impide el manejo de la enfermedad. Las condiciones de las comorbilidades de los residentes viejos pueden contribuir a su falta de tratamiento. En la presencia de coexistir depresión y enfermedad física, los médicos

pueden asumir que la depresión es resultado de la condición médica o creer que la enfermedad concomitante es una contraindicación de terapia antidepresiva y puede por lo tanto detener los antidepresivos (13).

El EVC es la tercera causa más común de muerte y la principal causa de invalidez crónica entre los viejos. Estudios previos tanto clínicos como epidemiológicos han identificado factores de riesgo modificables y no modificables para ictus. Un factor de riesgo potencialmente modificable para el ictus es la sensación de sentirse bien. Varios estudios han mostrado que los individuos con niveles altos de síntomas depresivos tienen alto riesgo de Enfermedad vascular cerebral. Las personas con un humor positivo son más probables que empleen sus relaciones sociales, que sean optimistas acerca de su futuro, que manejen exitosamente las situaciones estresantes y que sientan el control de su vida. Contrariamente, el afecto negativo está relacionado a depresión o humor depresivo, incrementa la ansiedad y se sienten desesperados (14).

Los trastornos y la sintomatología depresiva son comunes en los viejos. En viejos que viven en la comunidad la prevalencia de síntomas de depresión significativa tiene un rango de 10 a 20%. Un número de estudios han encontrado que los síntomas depresivos están fuertemente asociados con una pobre proporción de sentirse sanos, tener más enfermedades físicas, incapacidad funcional importante, mortalidad y bajo soporte social. Algunas investigaciones han indicado que las evaluaciones subjetivas de la salud de los viejos no son totalmente concordantes con sus mediciones objetivas de salud. Los viejos deprimidos son más probables a tener una significativa pobre proporción de sentirse sanos. La proporción de sentirse sanos de muchos viejos mejora después de su tratamiento antidepresivo, aun sin la presencia de cambios en la proporción objetiva de la condición física. Como resultado un número elevado de estudios enfatizan la importancia de la valoración de los efectos de las enfermedades físicas, incapacidad

funcional y sistemáticamente síntomas depresivos en la proporción de sentirse sanos (15).

La depresión es común a finales de la vida. En promedio, la gente con enfermedades crónicas son 1.5 a 2 veces más frecuentemente depresivos. La explicación más probable es una interacción recíproca entre enfermedad somática crónica y depresión a finales de la vida. Un mecanismo es la adopción de estilos de vida insanos por la gente deprimida (16).

La importancia en el avance del conocimiento en los mecanismos a través de los cuales la depresión puede desencadenar o empeorar las condiciones médicas crónicas es evidente, con el número creciente de viejos con enfermedades crónicas en más sociedades del oeste. También la prevalencia de depresión puede diferir a través de grupos específicos de enfermedades y diferentes estilos de vida pueden ser relevantes para diferentes enfermedades. La mejoría en la salud mental de personas con enfermedades crónicas es imperativa. Esta mejoría puede cambiar la aptitud hacia estilos de vida sanos, parando una posible caída a depresión, estilos de vida insanos y deterioro de enfermedades crónicas (16).

Hay un número de estudios accesibles en cuanto al efecto de la depresión en estilos de vida insanos, particularmente en los viejos. La relación entre depresión e inactividad física está bien establecida (16).

Estudios transversales han mostrado una fuerte asociación entre incapacidad física y enfermedad depresiva o síntomas depresivos en viejos. Trabajos longitudinales han sugerido que la incapacidad física es la causa principal de inicio de la depresión. La falta de soporte social en viejos es otro predictor bien reconocido de depresión con la presencia de una protección segura ofrecida, aunque no necesaria en sujetos sobre los 75 años. Prince y colaboradores encontraron una fuerte relación tanto entre déficit de

soporte social, soledad y depresión y muestran que niveles de soporte social bajos fueron más importantes que la incapacidad en mantener la depresión. Oxman y colaboradores muestran que la medición del soporte social queda como un predictor independiente de la depresión después de controlar la invalidez (17).

La asociación entre factores socioeconómicos y depresión en viejos es menos clara. Los estudios han mostrado una fuerte relación entre valores altos de depresión y bajos ingresos o carencia de éstos, lo cual sugiere que el soporte social puede actuar como amortiguador. West y colaboradores encontraron que la asociación entre síntomas depresivos e ingresos económicos se fue perdiendo después de que fueron incluidos la incapacidad física y el soporte social en su modelo (17).

Tanto en estudios transversales como prospectivos, los ingresos bajos han sido asociados significativamente con síntomas depresivos en viejos. Asociaciones similares con bajos ingresos son bien reconocidas para una variedad de enfermedades crónicas y mediciones del estado de salud. Diferencias en conductas de riesgo, acceso a cuidados de salud y ambientes físicos y sociales pueden reflejar el status económico y han sido ofrecidos como una explicación posible para la relación entre nivel de ingresos y resultados de salud pobres. Estos factores probablemente juegan un rol importante en síntomas depresivos en viejos también (18). Características como son problemas médicos concurrentes y de salud, incapacidad física y soporte social han mostrado que son importantes correlatos de sintomatología depresiva en viejos. Estas características pueden ser tanto factores de riesgo para síntomas depresivos y resultado de un status económico bajo. Esto sugiere que los ingresos pueden ser un paso previo en la cadena causal de síntomas depresivos y que estos efectos pueden no ser evidentes si estos otros factores de riesgo de salud y social fueran considerados (18).

La salud física pobre es un factor de riesgo importante para depresión a finales de la vida. Junto con las pérdidas y el deterioro cognitivo. Este es uno de los factores de riesgo que distingue la depresión a finales de la vida de la depresión de inicio temprano. En un estudio mundial de adultos de más de 65 años de edad, la asociación entre invalidez y depresión ha mostrado que es consistente a través de las culturas. Más heterogeneidad a través de las culturas para ésta asociación puede ser encontrada entre los viejos por que la variación sustancial en la accesibilidad de cuidados de salud y aptitudes variables para los viejos, con valores tradicionales siendo más difundido en el sur que en los países Europeos del occidente (19).

La hospitalización es un resultado negativo significativo para los viejos que reciben servicios de cuidados en casa. Muchos pacientes, médicos y muchos prestadores de servicios han reconocido que el hospital no es un ambiente ideal de cuidados para viejos. Hay una evidencia creciente que los cuidados dados en los hospitales son frecuentemente probables con los deseos del paciente. Los viejos pueden sufrir declines funcionales significantes, lo cual puede precipitar una cascada de dependencia y las complicaciones iatrogénicas son comunes e incrementan su incidencia con la edad (20).

Las condiciones depresivas que afectan a los viejos son un problema de salud pública mayor, con considerable morbilidad concomitante. Aunque más investigaciones empíricas se han enfocado en trastornos como son depresión mayor o distimia, algunos estudios han notado que las aproximaciones comunes al diagnóstico de trastorno depresivo categórico no son suficientes para describir a la mayoría de las personas que sufren síntomas depresivos clínicamente significantes (llamado sub-síndrome depresivo). El sub-síndrome depresivo, definido por varios medios, teniendo una prevalencia mayor demostrada consistentemente en varias edades, también como en muestras de viejos de la comunidad que dentro de poco se diagnosticaran con depresión.

En sujetos de la comunidad de varias edades el sub síndrome depresivo esta asociado con mayor acumulo de incapacidad funcional que la depresión mayor. El Sub síndrome depresivo es también factor de riesgo para el desarrollo subsecuente del diagnóstico de trastorno depresivo en pacientes de varias edades. Sin embargo, hay limitaciones significantes para los estudios previos. Pocos han comparado directamente pacientes con trastornos depresivos, diagnosticados usando instrumentos de investigación validados, con aquellos que exhiben síntomas pero no identificados por síndromes estándar categóricos como son aquellos encontrados en el DSM IV (21).

Los síntomas depresivos han sido cada vez más reportados que se asociación con resultados negativos en viejos hospitalizados, sugiriendo un efecto negativo principalmente en la supervivencia en pacientes afectados por condiciones crónicas (22).

La hospitalización esta asociada con un riesgo elevado a largo plazo para muerte, especialmente en viejos. Aunque los mediadores para este riesgo elevado no han sido completamente elucidados, la depresión puede jugar un rol importante. Por que la depresión es común en viejos hospitalizados, una asociación entre depresión y mortalidad en ésta población puede ser de significativa importancia clínica. La hipótesis de que la depresión puede ser un mediador de muerte en pacientes hospitalizados es soportada por estudios que demuestran que los síntomas depresivos están asociados con mortalidad elevada en pacientes que viven en la comunidad y en grupos altamente seleccionados de viejos hospitalizados, así como aquellos con infarto agudo del miocardio. Estos estudios han sido frecuentemente limitados por explicaciones inadecuadas para las interrelaciones complejas entre síntomas depresivos y otros predictores de muerte, como son deterioro fisiológico agudo, enfermedades crónicas,

abatimiento funcional y deterioro cognitivo. Por que los síntomas depresivos se correlacionan claramente con y pueden ser en parte el resultado de estos otros factores.

Ellos probaron la hipótesis de que los síntomas depresivos están asociados con mortalidad a largo plazo en viejos hospitalizados. Ellos demostraron previamente que los síntomas depresivos se asociaron fuertemente con resultados adversos del status de salud en pacientes que continuaban hospitalizados 90 días después de la admisión. Sin embargo su estudio inicial no encontró asociación entre síntomas depresivos y mortalidad durante los primeros 90 días después de la admisión (23).

Es generalmente aceptado que las personas quienes tienen una salud física pobre son más probables que experimenten depresión. Lo contrario, si la depresión lleva a un riesgo mayor de incapacidad física es menos claro y requiere investigación longitudinal cuidadosa para distinguir depresión que precede a la incapacidad física de depresión que puede ser consecuencia de la incapacidad. Los resultados de varios estudios prospectivos sugieren que la depresión a finales de la vida de significado clínico (depresión mayor, depresión menor o síndromes depresivos) puede afectar subsecuentemente la salud física o impedir la recuperación de la incapacidad física. Los síntomas depresivos leves son mucho más comunes que la depresión severa entre las personas de todas las edades, pero su importancia de cambios en salud física e incapacidad queda sin aclarar. Este tema es especialmente relevante para la salud de los viejos, quienes tienen un alto riesgo de invalidez y quienes experimentan síntomas depresivos leves más frecuentemente (24).

Es bien conocido que las enfermedades crónicas pueden tener un efecto negativo en la psicología de sentirse bien de las personas viejas. Los resultados demuestran que los niveles de síntomas depresivos varían a través del tipo de enfermedad crónica. En enfermedad cardíaca, artritis, cáncer y enfermedad pulmonar el incremento de los

síntomas depresivos puede no ser atribuido a limitaciones físicas, pero en el ictus la asociación encontrada con síntomas depresivos fue atribuida ampliamente a limitaciones físicas (25).

El tamizaje de los síntomas depresivos debe ser siempre parte de la valoración geriátrica extensa. Varios cuestionarios de tamizaje para la depresión han sido desarrollados. Entre ellos está el inventario de depresión de Beck, la escala autoaplicada para la depresión de Zung, la escala de depresión del centro de estudios epidemiológico y la escala de depresión geriátrica (GDS). La versión original de la GDS tiene 30 diferentes ítems. Una forma de 15 ítems ha sido validada y es ahora ampliamente usada (11).

El colegio Royal de médicos y la sociedad británica de geriatría hacen notar que las herramientas de tamizaje para la depresión pueden identificar por encima del 90% de pacientes deprimidos correctamente. Ellos aconsejan el uso rutinario de la GDS de 15 ítems en la práctica hospitalaria. La GDS fue específicamente diseñada para detectar la depresión en viejos y validada en escenarios médicos. La versión original de 30 ítems, es tan buena como la versión corta que es también usada (9).

Los síntomas depresivos fueron definidos por la Escala de Depresión Geriátrica (versión de 15 ítems) y pacientes con 5 o más síntomas fueron considerados deprimidos. Los síntomas depresivos quedan asociados con un riesgo de muerte elevado así como de readmisión hospitalaria. Los datos soportan la hipótesis de que la depresión en pacientes hospitalizados está asociada independientemente con resultados de salud indeseables como son la mortalidad y las readmisiones hospitalarias. En ésta perspectiva, la depresión debe ser valorada también en viejos hospitalizados por enfermedades somáticas y este tratamiento debe ser una porción relevante de los cuidados en escenarios de cuidado agudo (26,27, 28, 29).

La mejoría en el reconocimiento de depresión debe ser una prioridad en los cuidados de salud de los viejos. Un acercamiento efectivo debe ser de rutina el seguimiento de depresión en los ancianos. Sin embargo, el instrumento de seguimiento ideal, uno que es tanto preciso como fácil de aplicar, no ha sido aún perfeccionado. La escala de depresión geriátrica (GDS) de 30 ítems fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y ésta es fiable y validada y ha sido extensamente descrita. La escala de depresión geriátrica acortada de 15 ítems fue desarrollada por Sheikh y Yesavage en 1986 para mejorar la eficacia y sin pérdida importante de la precisión. Ambas escalas de depresión geriátrica de 30 y 15 ítems son efectivas herramientas de seguimiento de la depresión (8).

Las versiones cortas de la GDS han sido desarrolladas por D'Ath (1994) y Van Marwijk (1995), pero éstas escalas no han sido validadas en los Estados Unidos, teniendo algunas limitaciones metodológicas, y no han sido aceptadas ampliamente (8).

La GDS es una escala autoaplicada que consta de 30 preguntas de respuesta dicotómica (si/ no), que evalúan el estado de ánimo del paciente en la semana previa a la aplicación de la escala. Es un instrumento rápido que administrar, entre 5 a 10 min. Sin embargo en los pacientes que cursan con problemas visuales, presencia de enfermedades somáticas asociadas, escasa motivación o dificultades en la elección de la contestación, por lo que se ha aconsejado en estos casos su administración heteroaplicada (30).

En general la GDS ha mostrado una sensibilidad y especificidad superiores a otros instrumentos de detección de la depresión en el anciano. Es fiable y fácil de aplicar. En cuanto a la forma abreviada de Sheik y Yesavage propusieron una versión de 15 ítems (GDS-15) con el fin de evitar la fatiga y la pérdida de la concentración que, en ocasiones, se asocia a los instrumentos más largos. Es un instrumento rápido y lleva de 5 a 7 min. Las dos versiones diferencian bien depresivos y no depresivos. Un punto de

corte de 4/5 ($GDS = 6 > 5$) presenta una sensibilidad del 71% y una especificidad del 80% (30).

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México no existen cifras exactas de la prevalencia del síndrome depresivo en pacientes de 65 años o más, siendo la depresión una causa importante de morbi-mortalidad en nuestro país, por lo que es relevante identificar la frecuencia de depresión en pacientes geriátricos internados en Medicina interna del Hospital Juárez de México.

JUSTIFICACIÓN.

La depresión es un problema social y médico frecuente, que coexiste con múltiples enfermedades físicas. Nuestro hospital maneja una población geriátrica importante, por lo que es de suma importancia reconocer los síntomas de depresión para evitar tanto deterioro físico como emocional en el paciente, para mejorar la calidad de vida y evitar el suicidio en pacientes que presentan enfermedad física grave, situación extrema de dependencia y factores psicosociales como la soledad, la pérdida del cónyuge y la jubilación que incrementan la tendencia al suicidio.

Por lo antes comentado consideramos necesario este estudio de investigación para proporcionar la frecuencia de depresión en pacientes geriátricos internados en medicina interna del Hospital Juárez de México.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS VERDADERA:

La depresión es subdiagnosticada en pacientes geriátricos del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México

HIPÓTESIS NULA:

La depresión es diagnosticada adecuadamente en pacientes geriátricos del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México.

OBJETIVOS.

General:

Determinar la frecuencia de depresión en los pacientes geriátricos internados en Medicina Interna del Hospital Juárez de México.

Específicos:

- A. Especificar en que género predomina la depresión.
- B. Especificar en que grupo de edad se encuentra el mayor porcentaje de la depresión.
- C. Establecer los factores que influyen en la presentación de la depresión.
- D. Determinar que enfermedades agravan la depresión en los pacientes geriátricos hospitalizados en medicina interna del H. J. de México.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Estudio prospectivo, descriptivo y observacional.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

A. VARIABLES CUALITATIVAS.

Nombre: se refiere a la denominación propia de cada individuo, de acuerdo a lo registrado en el acta de nacimiento ante el registro civil.

Género: es la denominación biológica que permite clasificar al individuo en mujer u hombre.

Estado civil: condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles. Hay la condición de ser casado, soltero, viudo y divorciado.

Religión: conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.

Funcionalidad: es la capacidad e independencia con que el individuo realiza las actividades, tanto de la vida diaria, como cualesquiera otra que sean necesarias para sobrevivir, o simplemente para satisfacer sus necesidades, gustos y placeres de la vida.

Actividades básicas de la vida diaria (índice de KATZ): se refiere a la capacidad e independencia para comer, vestirse, bañarse, ir al retrete, incorporarse, trasladarse y ser continente.

Actividades instrumentadas de la vida diaria (Lawton-Brody): se refiere a la capacidad e independencia de realizar acciones más complejas como son: cocinar, uso del teléfono, realizar compras, uso de transporte etc.

Jubilación: del latín iubilare, dar gritos de júbilo. Eximir del servicio por ancianidad o imposibilidad física a un empleado, señalándole generalmente una pensión vitalicia.

Enfermedad: alteración en la homeostasis del individuo.

Medicamentos: sustancia que actúa como remedio en el organismo enfermo.

Soledad: es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional.

Sentirse solo, en cambio, es algo más complejo y paradójico, ya que puede ocurrir incluso que lo experimentemos estando en compañía. En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran.

Deprivación sensorial visual: se refiere al sujeto que tiene una merma en su visión..

Deprivación sensorial auditiva: se refiere al sujeto que tiene una merma en su función auditiva.

Alteración del sueño: conjunto de trastornos caracterizados por la dificultad para iniciar y mantener el sueño o por somnolencia diurna excesiva.

B. VARIABLES CUANTITATIVAS.

Edad: Se expresa como el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento.

Escolaridad: periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela. Tiempo que se asiste a un centro de enseñanza para llevar a cabo en él los estudios.

Universo de trabajo.

Geográfico.

El presente trabajo de investigación se realizara con los pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Juárez de México

Trabajo.

La población incluida en el siguiente estudio de investigación será la que reúna los criterios de inclusión y se encuentre dentro de los límites del universo cronológico.

Cronológico:

Enero: Planteamiento del problema.

Febrero-Marzo: recolección de datos en las cédulas de registro (anexo 1)

Marzo: análisis de resultados y búsqueda de bibliografía

Marzo-Abril: Resultados y conclusiones

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes de 65 años o más hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Juárez de México.
2. Que cumplan con los requisitos solicitados en la hoja de recolección de datos.
3. Pacientes que no presenten deterioro cognoscitivo o dificultad al diálogo.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pacientes menores de 65 años.
2. Pacientes de 65 años o más que no estén hospitalizados en el servicio de medicina Interna del Hospital Juárez de México.
3. Pacientes que presentan deterioro cognoscitivo o dificultad para contestar las Preguntas.

3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1. Rechazo del paciente a contestar el cuestionario.
2. Llenado incorrecto de la hoja de recolección de datos.

Procedimiento de recolección de datos.

Se diseñó un formato de concentración de la información de interés para este estudio, el cual comprende las siguientes variables:

1. Nombre del paciente.
2. Edad.
3. Género
4. Estado civil
5. Religión
6. Escolaridad.
7. Funcionalidad: Actividades básicas de la vida diaria (KATZ) e instrumentadas (Lawton-Brody)
8. Jubilación (si/ no), tiempo de ello.
9. Enfermedades..
10. Medicamentos
11. Soledad (si/no).
12. Deprivación sensorial: (visual/ auditiva).
13. Alteraciones del sueño.

Además se utilizó la GDS-15 la cual consta de 15 preguntas de respuesta dicotómica (si/no), dándose puntaje de 1 (uno) en cada respuesta como se presenta en el anexo 1 , un puntaje de 0 a 4 es normal y una igual o mayor de 5 sugiere depresión.

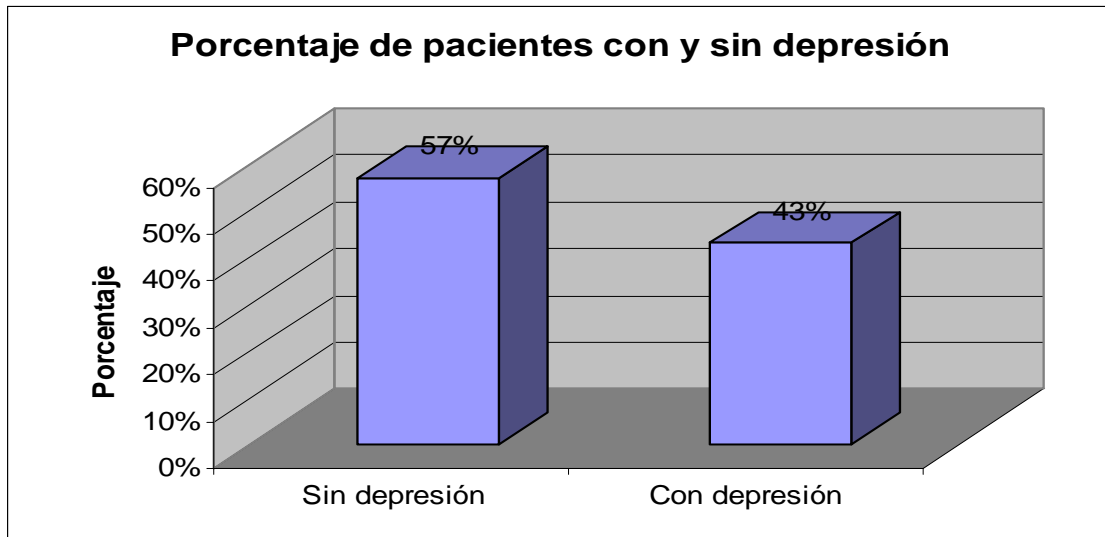
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Una vez obtenida la información se concentrara en un archivo de Excel para su sistematización y análisis.

Para el análisis estadístico se utilizara la media, mediana y la moda para variables cuantitativas. También se realizara análisis estratificado para las variables de género, edad, morbilidades concomitantes, medicamentos, soledad, alteraciones del sueño y privación sensorial.

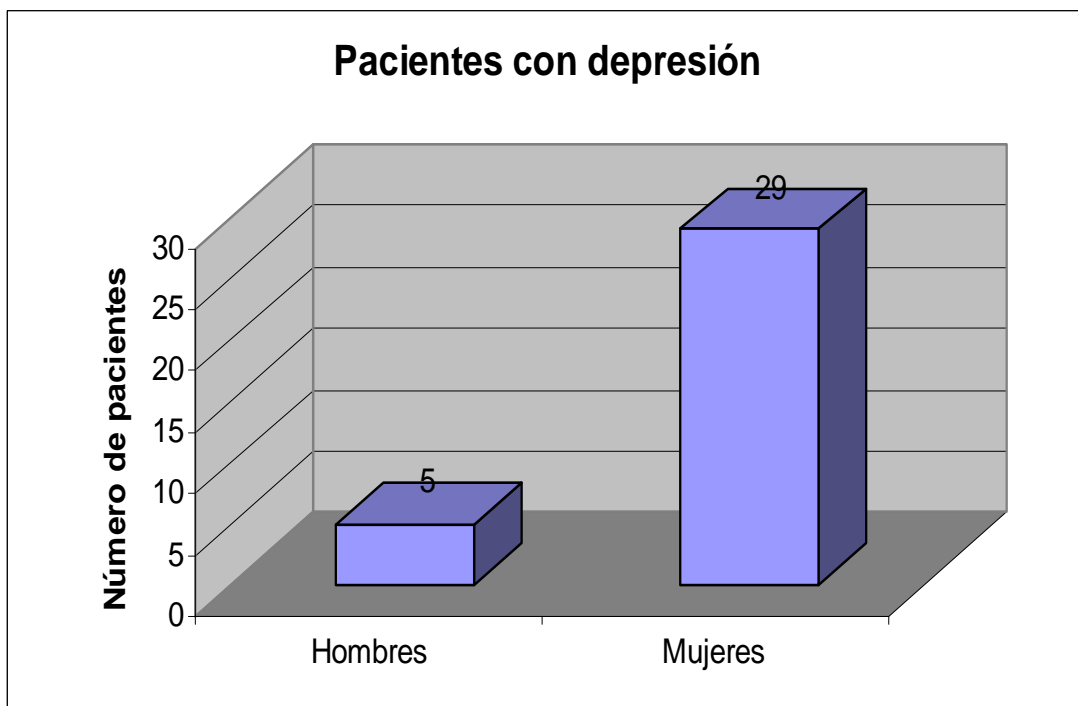
RESULTADOS

De los 80 pacientes internados en el servicio de Medicina Interna que participaron en el estudio, 60 correspondieron a mujeres y 20 a hombres. De los cuales 34 presentaron depresión (43%).



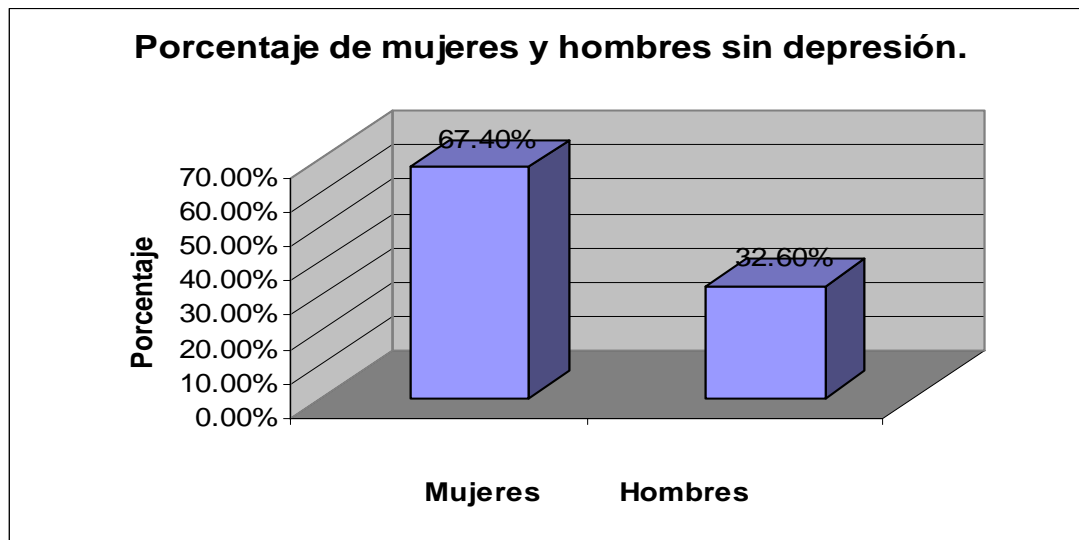
Gráfica 1.

Siendo mujeres 29 (82.3%) y 5 hombres (17.7%).



Gráfica 2.

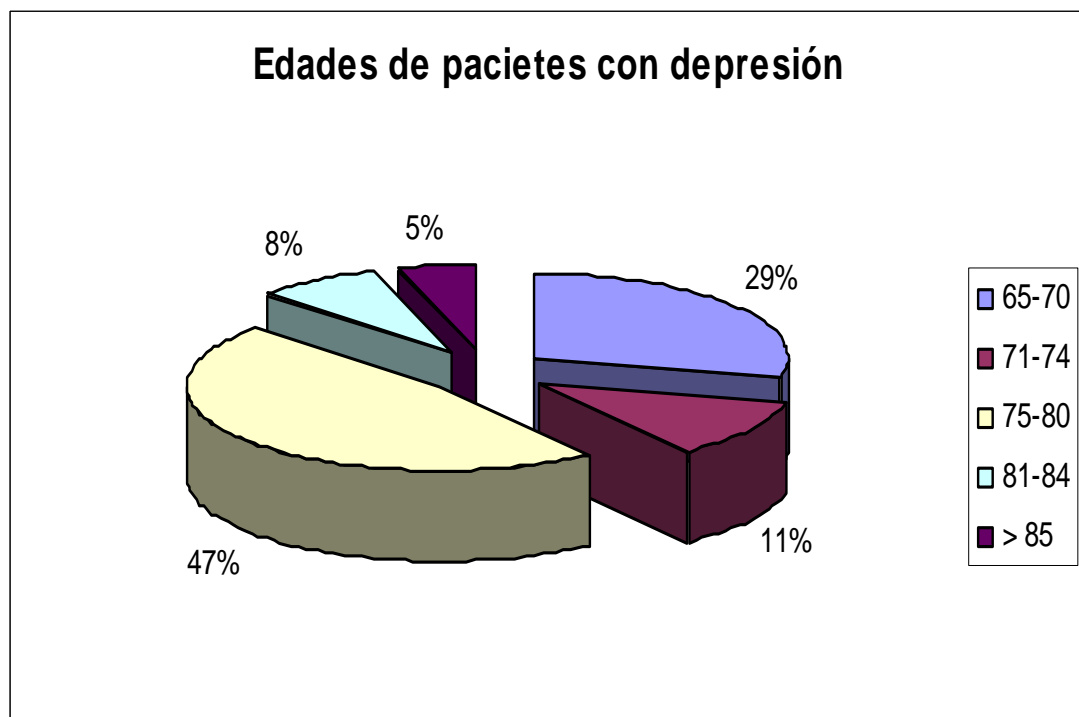
Los 46 pacientes sin depresión fueron mujeres 31 (67.4%) y hombres 15 (32.6%)



Gráfica 3.

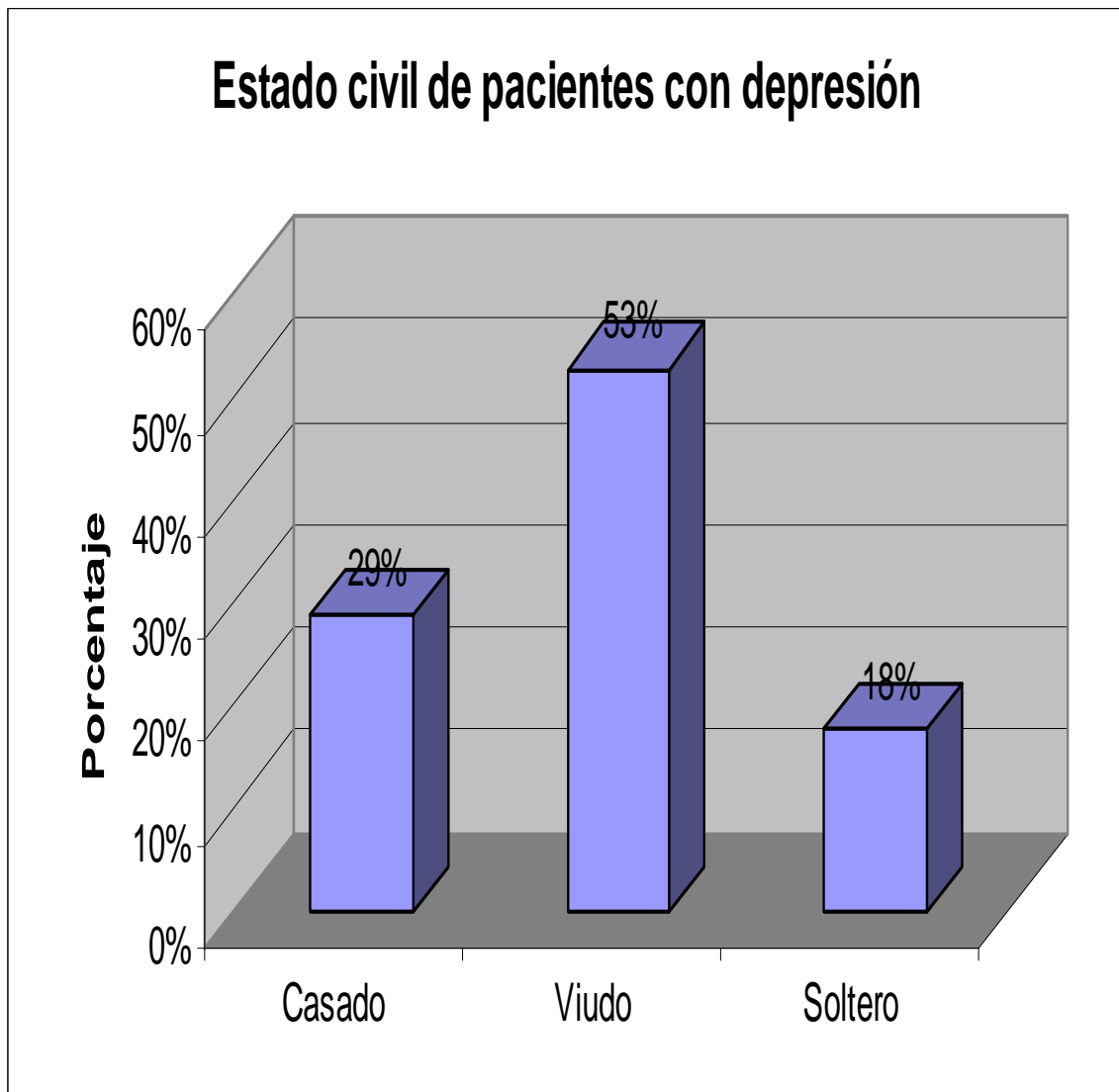
Se encontró que la edad máxima de ingreso fue de 100 años. El promedio fue de 70.4 años, la mediana de 74.2 años y la moda de 78 años.

El grupo etario con mayor frecuencia de depresión fue de los 75 a los 80 años de edad.



Gráfica 4.

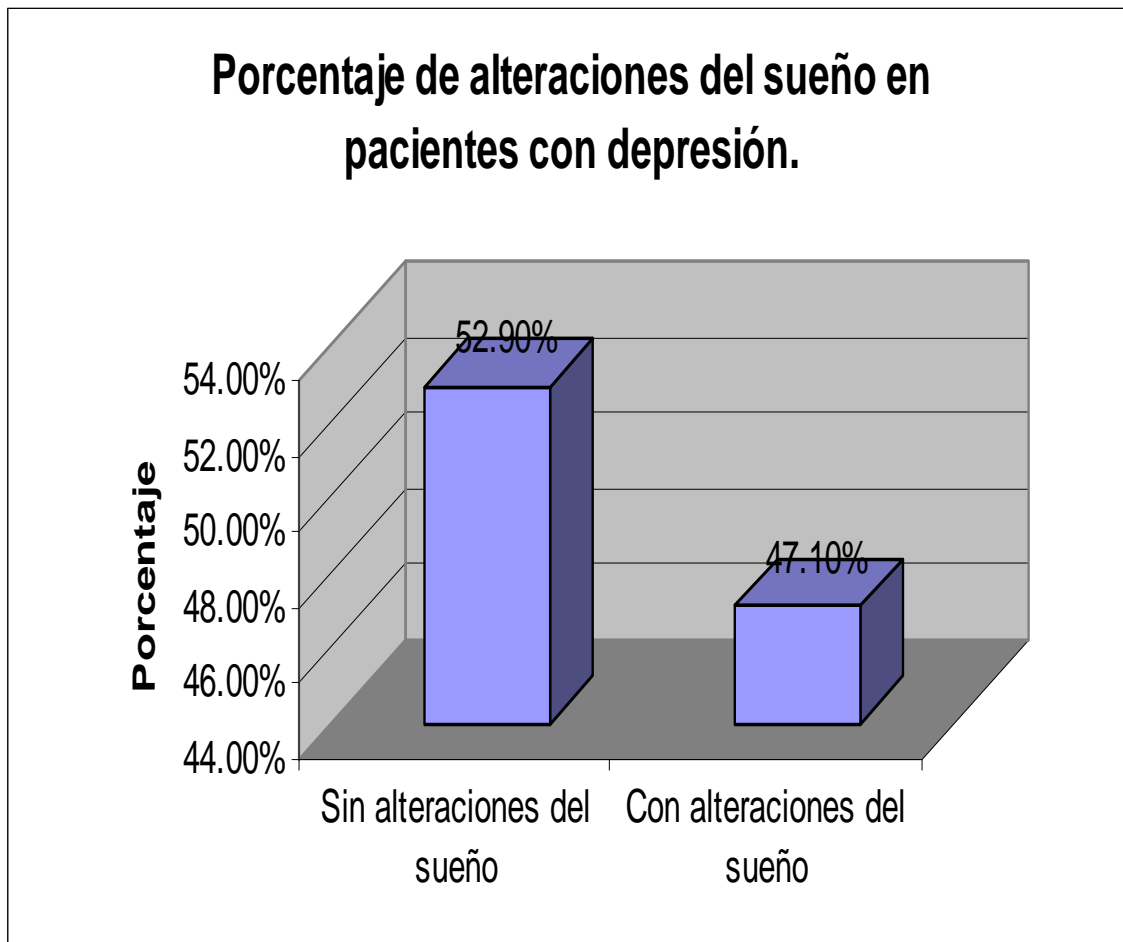
En cuanto al estado civil, la viudez ocupó un 53% de todos los casos de depresión. La población casada predominó sin depresión correspondiendo al 48%. En relación a la soltería, la depresión apareció en un 18% comparada a los solteros sin depresión con un 22%.



Gráfica 5.

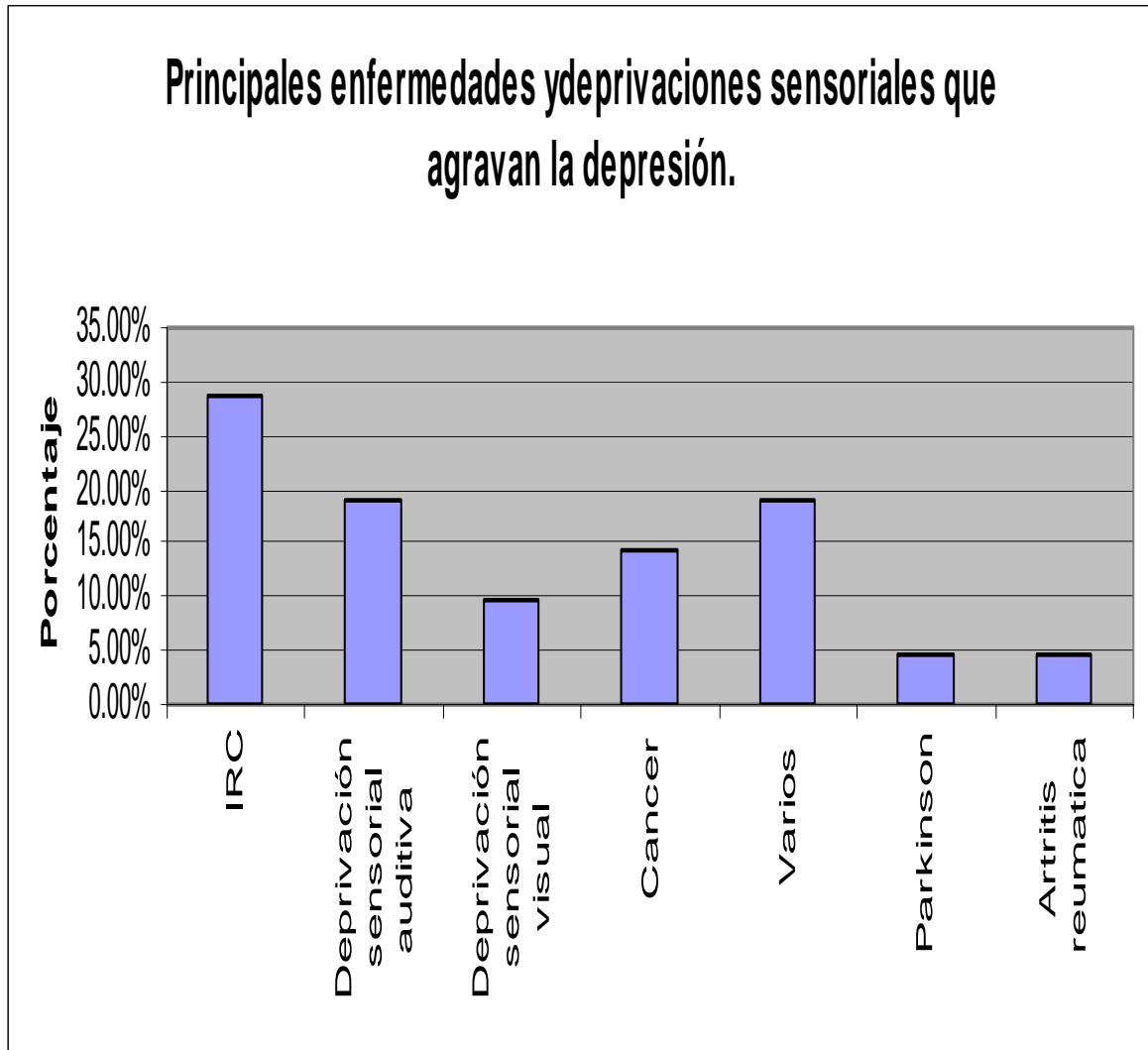
Otro factor de riesgo que se consideró en los pacientes fue la soledad que se relacionó con un 60% de los casos de depresión.

La alteración del sueño se presentaron con un porcentaje de un 47.1% en la población con depresión en contraste con la población sin depresión con un 10.9%



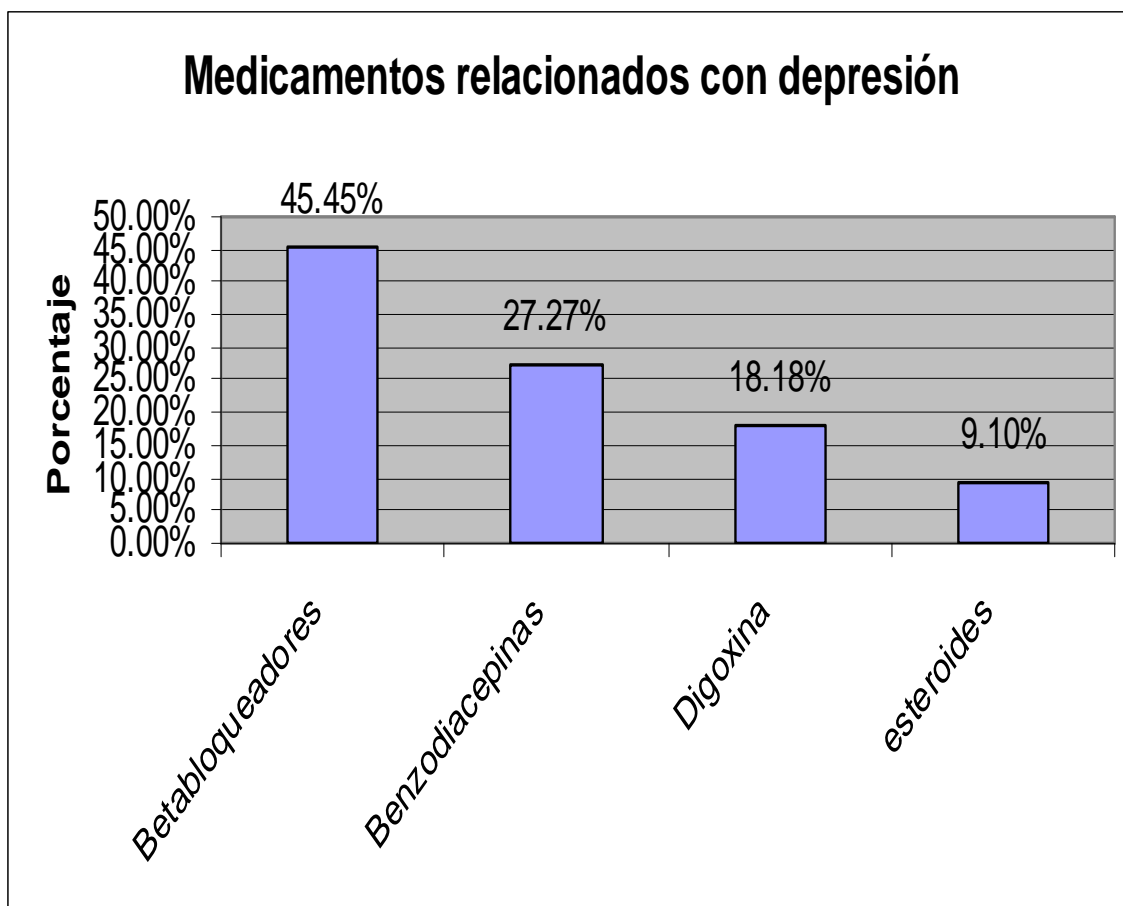
Gráfica 6.

Otro factor de riesgo son las enfermedades crónico degenerativas predominando los pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes Mellitus tipo 2, con un porcentaje de 28.6%. La deprivación sensorial auditiva correspondió a un 19%, la visual a un 9.52% y en tercer lugar fueron las neoplasias con 14.2% encontrándose como principal el linfoma Hodgkin.



Gráfica 7.

Los medicamentos relacionados con la depresión fueron los beta bloqueadores con un 45.4%, en segundo lugar las benzodiacepinas 27.2 % y en menor frecuencia la digital con un porcentaje del 18.8%.



Gráfica 8.

La escala de depresión de Yesavage que se aplico, presento una puntuación media de 8 en personas con depresión y una puntuación media de 3 en la población sin depresión

DISCUSIÓN:

La humanidad asiste en las últimas décadas a un fenómeno sin precedentes hasta ese momento: el envejecimiento de la población y, en consecuencia la aparición de un rosario de nuevas situaciones, en los campos económico, cultural y socioasistencial, a las que hacer frente y dar una respuesta adecuada.

El aumento progresivo de las tasas de envejecimiento dependen de una serie de factores, entre los que entresacamos, por su mayor implicación a la disminución de la natalidad, disminución de la morbimortalidad y las migraciones.

Desde el comienzo de este siglo, las naciones industrializadas han presenciado un crecimiento sin precedentes en el número absoluto y proporción relativa de personas mayores.

El aumento de la esperanza de vida es un logro social y no una consecuencia de la evolución biológica. Ello está en función no sólo de la ciencia médica, sino también del progreso socio-económico, de la higiene y de la mejor nutrición.

El envejecimiento es un fenómeno demográfico nuevo desde el punto de vista histórico, relacionado con el desarrollo económico, sanitario, social y cultural de un pueblo.

La esperanza de vida al nacer ha variado a lo largo de los tiempos y el límite máximo de vida puede girar en torno a los 120-125 años. En cuanto a los factores puramente médicos, éstos afectan la salud y la vida media en un 10%, mientras que en el 90% restante se relaciona especialmente con el nivel socioeconómico (el nivel de renta, el rango social, la educación superior, la satisfacción laboral y vital), sistemas sociosanitarios como agua, basuras, hábitos higiénicos, calidad del aire, herencia, preocupaciones o ejercicio. La presencia de enfermedad psíquica actúa de manera negativa sobre la esperanza de vida de los pacientes.

El paso de la madurez a la senectud es una transición gradual, aunque se aceptan de forma arbitraria y convencional los 65 años como el inicio de la segunda.

El envejecimiento es un proceso multifactorial y algunas de las causas se potenciarían entre sí, pero ninguna de las diversas teorías que se han elaborado para explicarlo lo hacen totalmente.

El envejecimiento humano se caracteriza, desde un punto de vista fisiológico, por la disminución progresiva de las reservas homeostáticas de todos los sistemas, aparatos y órganos corporales. Este declive, que suele conocerse como homeostenosis se manifiesta hacia el tercer decenio de vida, es gradual y progresivo, aunque su rapidez y magnitud son variables. Esto depende del estilo de vida (alimentación, ambiente, ejercicio) y de los factores genéticos.

No hay ninguna razón para asociar vejez con enfermedad, como se hace a veces. En la vejez se produce un proceso evolutivo propio de los seres vivos y la enfermedad es resultado de una interacción entre factores etiológicos exteriores y hereditarios. En general, resulta más fácil modificar los factores exteriores que los heredados.

Se reconoce con frecuencia que la depresión transcurre sin diagnóstico. Las condiciones físicas, económicas y sociales de los individuos de edad avanzada en la mayor parte de las sociedades occidentales favorecen el desarrollo de cuadros depresivos, sobre todo en individuos predispuestos.

Además, es importante considerar que algunos medicamentos utilizados con cierta frecuencia en ancianos pueden precipitar la depresión entre ellos beta bloqueadores, antihipertensivos de acción central (como reserpina, metildopa y clonidina), glucocorticoides, levodopa y ansiolíticos. El presente estudio corrobora que los beta bloqueadores y los ansiolíticos están asociados con la depresión.

Es esencial recordar que la depresión en los pacientes de edad avanzada suele deberse o está favorecida por ciertos fármacos o por una enfermedad general. Aunque la depresión <<subsindrómica>> también produce una morbilidad considerable y el consumo de recursos sanitarios, parece que responde peor al tratamiento que la depresión mayor.

Los criterios diagnósticos, síntomas y evolución de la depresión en ancianos no son muy diferentes a los que se observan en sujetos de otras edades; pero sí es mucho más difícil diagnosticar este trastorno, ya sea porque hay predominio de síntomas físicos (que suelen ser múltiples en el anciano) o porque el deterioro intelectual de algunos de éstos pacientes complica la recolección e interpretación de datos. Es relativamente común cierto ánimo deprimido, sin alcanzar los criterios de depresión, aun en ancianos normales, ya que en nuestras sociedades la edad avanzada implica la pérdida de muchas cosas. Hay numerosas pruebas o escalas, diseñadas y validadas para ancianos, que valoran depresión o ánimo deprimido. Es necesario recordar que estas pruebas son de tamizaje y que el diagnóstico de certeza se debe basar en criterios clínicos muy firmes, como los que propone el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM –IV). Sin embargo el colegio Royal de médicos y la sociedad británica de geriatría hacen notar que las herramientas de tamizaje para la depresión pueden identificar por encima del 90% de pacientes deprimidos correctamente. Ellos aconsejan el uso rutinario de la GDS de 15 ítems en la práctica hospitalaria. La GDS fue específicamente diseñada para detectar la depresión en viejos y validada en escenarios médicos. La versión original de 30 ítems, es tan buena como la versión corta que es también usada. En resumen aproximadamente el 15% de los viejos experimentan síntomas depresivos significantes que no pueden ser diagnosticados como depresión por la rigidez de los criterios del DSM –IV.

La depresión es un síndrome psiquiátrico frecuente en los viejos que produce altos grados de incapacidad física y aumenta la mortalidad en la población geriátrica, altera la calidad de vida de los que la presentan y además constituye un problema social y de salud pública.

En el Global Burden of Disease Study realizado por la Organización Mundial de la salud, la depresión mayor unipolar se colocó en el cuarto lugar en el porcentaje de años de vida ajustados a la incapacidad, y se calculó que pasará al segundo lugar en el año 2020.

El suicidio en ancianos no es una situación rara. Su prevalencia en mujeres es equiparable a la tasa de suicidios entre adolescentes, en tanto que en varones es casi tres veces más frecuente que en sujetos jóvenes. Casi el 15% de los pacientes con enfermedad depresiva no tratada se suicidarán, y casi todos ellos acudirán al médico en busca de ayuda durante el mes anterior a su muerte.

La depresión está asociada con el uso incrementado de servicios médicos. Aunque la depresión es un trastorno mental importante y común en el viejo, menos del 50% de los viejos deprimidos reciben un diagnóstico correcto y aún menos son tratados adecuadamente.

A pesar de la conciencia elevada y la accesibilidad de tratamiento efectivo, incluyendo medicamentos, psicoterapia y terapia electroconvulsiva, la depresión en el primer, segundo e inclusive tercer nivel de atención y en asilos queda subreconocida y subtratada. Aún cuando la depresión es reconocida, menos de un cuarto de los diagnosticados reciben tratamiento, y cuando ellos son tratados con medicamentos ellos frecuentemente reciben una dosis subóptima. Por lo anterior podemos afirmar que la depresión pasa muchas veces inadvertida y se trata incorrectamente incluso con mayor frecuencia. Apoyando lo antes citado, estudios realizados en Estados Unidos y España

mencionan que la depresión es un fenómeno habitual que a menudo pasa inadvertido y cuando se diagnostica una proporción mínima recibe tratamiento y a dosis bajas.

El viejismo o una inadecuada actitud se observa también entre los profesionales de la medicina que prestan menos atención y tiempo a los ancianos. O se les trata de abuelo con una actitud de sobreprotección paternalista desmedida, sin dejarles opinar o decidir.

La enfermedad psíquica predispone a la enfermedad somática y que ésta, a su vez, influye de manera palmaria en el pronóstico y la aparición de las enfermedades psiquiátricas. Quizá el paradigma de esta doble imbricación se encuentre en los trastornos depresivos. Es bien sabido que los ancianos con depresión son más vulnerables a las enfermedades orgánicas y, a la vez, los ancianos con enfermedades físicas graves o incapacitantes son pacientes de alto riesgo psiquiátrico.

Los ancianos, considerados como grupo, gozan de un estatus socio-económico inferior al de otros adultos. Los ancianos con niveles bajos de ingresos tienen peor salud y mayor riesgo de padecer afecciones crónicas y alteraciones funcionales que aquellos con mayores niveles de ingresos.

Es necesario realizar a todo paciente geriátrico una valoración geriátrica extensa (social, funcional, mental y física) ya que ponen al descubierto, describen y explican los múltiples problemas que afectan a los pacientes ancianos, sus recursos y sus fuerzas, y sus demandas por servicios; luego se establece un plan coordinado de cuidados que está orientado a posibles intervenciones futuras.

Existen numerosos estudios realizados con pacientes hospitalizados que confirman la efectividad de este enfoque interdisciplinario del tratamiento y valoración del paciente.

Un estudio realizado por la Veterans Administration reveló que los grupos de pacientes que eran sometidos a valoraciones globales y que habían recibido los servicios que necesitaban, permanecían ingresados menos tiempo, las rehospitalizaciones eran menos

frecuentes y, además, sus índices de mortalidad y morbilidad eran menores. La valoración en grupo de pacientes geriátricos en régimen ambulatorio representa una forma prometedora de prestar cuidados satisfactorios de alta calidad a pacientes ancianos, además de permitir, posiblemente, la reducción de los costes de la atención sanitaria.

Es necesario integrar a la geriatría en toda la medicina. Todo médico de atención primaria como también los médicos especialistas deberían estar en posesión de una formación adecuada y de conocimientos de los principios de la geriatría. También es esencial la formación de geriatras.

A nivel hospitalario, sería deseable la generalización de los servicios geriátricos tanto a nivel secundario como terciario. A este respecto, en la actualidad la evidencia disponible nos hace ver que las unidades geriátricas que tienen control directo y poder de decisión sobre el tratamiento son más eficaces que los servicios de interconsulta, los cuales, sin embargo, son muy valiosos como instrumento educacional para la sensibilización y formación de todos los médicos que en un momento dado se ocupan del cuidado de los ancianos.

Nuestro estudio confirma que 34% de la población estudiada presentó depresión y no tenía tratamiento. Esto se debe a que muchas veces cuando coexiste depresión y enfermedad física, los médicos pueden asumir que la depresión es resultado de la condición médica o creer que la enfermedad concomitante es una contraindicación de terapia antidepresiva y puede por lo tanto no dar el tratamiento antidepresivo.

Los viejos pueden sufrir declines funcionales significantes, lo cual puede precipitar una cascada de dependencia y las complicaciones iatrogénicas son comunes e incrementan su incidencia con la edad.

Es importante conocer los factores relacionados con la depresión, el número de pacientes afectados, e iniciar el tratamiento correspondiente y consecuentemente disminuir la morbimortalidad en la población geriátrica y mejorar su calidad de vida.

Existen limitaciones en nuestro estudio por la muestra pequeña, por lo que es importante en un futuro la realización de estudios semejantes con un número mayor de pacientes, así como también estudios que evalúen el mejor tratamiento en pacientes geriátricos con el menor número de efectos colaterales.

CONCLUSIONES:

Las conclusiones del presente estudio fueron:

De la población geriátrica internada en el servicio de Medicina interna del Hospital Juárez de México, el 43% presentó depresión, lo cual correspondió a 34 pacientes.

Las mujeres fueron el género más afectado. Presentándose la depresión en 29 mujeres vs 5 hombres.

El grupo de edad donde predominó el mayor porcentaje de depresión fue entre los 75 y 80 años de edad.

Los factores que influyeron en la presentación de la depresión son: la viudez, las incapacidades físicas como son la deprivación sensorial auditiva y visual. Otros factores son la soledad, bajos ingresos económicos y pérdida de la independencia física.

Las enfermedades crónicas degenerativas que agravan la depresión fueron la insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes Mellitus 2 y las neoplasias encontrándose el linfoma de Hodgkin.

ANEXO.

RELACIÓN DE GRÁFICAS.

<i>1. Porcentaje de pacientes con y sin depresión.....</i>	<i>25</i>
<i>2. Pacientes con depresión.....</i>	<i>25</i>
<i>3. Porcentaje de mujeres y hombres sin depresión.....</i>	<i>26</i>
<i>4. Edades de pacientes con depresión.....</i>	<i>26</i>
<i>5. Estado civil de pacientes con depresión.....</i>	<i>27</i>
<i>6. Porcentaje de alteraciones del sueño en pacientes con depresión.....</i>	<i>28</i>
<i>7. Principales enfermedades y deprivaciones sensoriales que agravan la depresión.....</i>	<i>29</i>
<i>8. Medicamentos relacionados con depresión.....</i>	<i>30</i>

CÉDULA.

Nombre: _____ Edad _____ Género _____

Edo. Civil: _____ Religión _____

Escolaridad _____ Funcionalidad KATZ _____ LB _____

Jubilación (si/ no) tiempo _____

Enfermedades _____

Medicamentos _____

Soledad (si/no) _____ Alteraciones del sueño (si/ no)

Deprivación sensorial (visual/auditiva) _____

ANEXO 1.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA.

Pregunta y respuesta de depresión.

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? _____ No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses? _____ Si
3. ¿Siente que su vida está vacía? _____ Si
4. ¿Se aburre a menudo? _____ Si
5. ¿Esta de buen humor habitualmente? _____ No
6. ¿Tiene miedo de que algo malo pueda pasarle? _____ Si
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? _____ No
8. ¿Se siente muchas veces desamparado y desvalido? _____ Si
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas? _____ Si
10. ¿Creé que tiene más problemas de memoria que los demás? _____ Si
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo? _____ No
12. ¿Se considera bastante inútil, tal como está ahora? _____ Si
13. ¿Se siente lleno de energía? _____ No
14. ¿Cree que su situación es desesperada? _____ Si
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? _____ Si

Una calificación de 0 a 4 es sin depresión y 5 o más es depresión.

Bibliografía.

1. Grimley EJ, Franklin T, Lynn B, Michel J, Wilcock. Oxford textbook of geriatric medicine 2nd edition Great Britain: Oxford University Press; 2000.
2. Hazzard, WR, Blass J, Halter J, Ouslander J, Tinetti M. Principles of geriatric medicine and gerontology. 5 Edition United States of America: Mc Graw-Hill Companies; 2003.
3. Cassel CK, Leipzig R, Cohen H, Larson E, Meier D, Capello C. Geriatric medicine. Fourth edition United States of America: Springer-Verlag New York Inc:2003.
4. Guillen LF, Pérez J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 1 era edición España: Masson ; 2001.
5. Salazar E, Lasses L. Patología cardiovascular en el anciano. La cardiología geriátrica. Archivos de cardiología en México 2001 Abril-Junio; 71 (2): 103-109.
6. Agûera OL, Martín M, Cervilla J. Psiquiatría geriátrica. 1era edición España: Masson; 2001.
7. Sáiz, RJ. Manual de psicogeriatría clínica. 1era edición España: Masson; 2000.
8. Hoyl M T, Alessi C, Harker J. Development and testing of five-item version of the geriatric depression scale. J Am Geriatr Soc 1999 July; 47 (7): 873-878.
9. Onder G, Penninx B, Landi F: Depression and adverse drug reactions among hospitalized older adults. Arch Intern Med 2003 Feb 10; 163: 301-305.
10. Huang YB, Cornoni H, Hays C, Huntley R, Galanos N, Blazer G. Impact of depressive symptoms on hospitalization risk in community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1279-1284.

11. Unützer J, Simon G, Belin R, Moctar D, Katon W Patrick D. Care for depression in HMO patients aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 871-878.
12. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 694-698.
13. Hammond FM. Doctors` and nurses` observations on the geriatric depression rating scale. *Age and Ageing* 2004; 33 (2): 189-192.
14. Ostir VG, Markides S, Peek K, Goodwin S. The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63: 210-215.
15. Han B. Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *J Am Geriatr soc* 2002; 50: 1549-1556.
16. Van, CH, Kempen G, Penninx B, Deeg D, Beekman A, Van J: Relationship between changes in depressive symptoms ad unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the longitudinal aging study Amsterdam. *Age and Ageing* 2003; 32: 81-87.
17. Harris T, Cook D, Victor C, Rink E, Mann A, Shah S, Dewilde S, Beighton C. Predictors of depressive symptoms in older people- a survey of two general practice populations. *Age and Ageing* 2003; 32: 510-518.
18. West, G C, Reed M, Gildengorin L: Can Money buy happiness? depressive symptoms in an affluent older population. *J Am Geriatr Soc* 1998 January; 46 (1) 49-57.
19. Braam AW, Prince J: Physical health and depressive symptoms in older Europeans. *British journal of psychiatry* 2005; 187: 35-42.

20. Flaherty JH, Mc Bride M, Marzouk S. Decreasing hospitalization rates for older home care patients with symptoms of depression. *J Am Geriatr Soc* 1998 January; 46 (1): 31-38.
21. Lyness MJ, King D, Cox C, Yoediono Z, Caine E. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc* 1999 June; 47 (6): 647-652.
22. Schulz R, Beach S, Ives D, Martire L, Ariyo A, Kop W. Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 1761-1768.
23. Covinsky KE, Kahana E, Chin M. Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Ann Intern Med* 1999 6 April; 130 (7): 563-569.
24. Cronin SD, de León C: Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Arch Intern Med* 2000 13 November; 160 (20): 3074-3080.
25. Rozzini R, Sabatini S, Frisoni G, Trabucchi M. Association between depressive symptoms and mortality in elderly people. *Arch Intern Med* 2001; 161:299-300.
26. Blazer DG, Hybels C, Pieper C: The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M505-M509.
27. Bûla CJ, Wietlisbach V, Burnand B, Yersin B. Depressive symptoms as a predictor of 6-month outcomes and services utilization in elderly medical inpatients. *Arch Intern Med.* 2001; 161:2609-2615.
28. Blazer DH. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 1987; 27 (3): 281-287.

29. Bisschop MI, Kriegsman D. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the longitudinal aging study Amsterdam, *Journal of Clinical Epidemiology* 2004; 57: 187-194.
30. Yesavage JA, Brink T, Rose L. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17 (1): 37-49.