



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "ORIENTE"

***DETECCIÓN DE SÍNDROME DEPRESIVO EN EL
ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE MEDICINA
FAMILIAR "ORIENTE" DEL ISSSTE***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

PRESENTA

MICAELA LÓPEZ ISLAS

MÉXICO, D.F.

2008

No. de registro: 200.2007



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.

**DETECCIÓN DE SÍNDROME DEPRESIVO EN EL
ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE MEDICINA
FAMILIAR "ORIENTE" DEL ISSSTE**

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

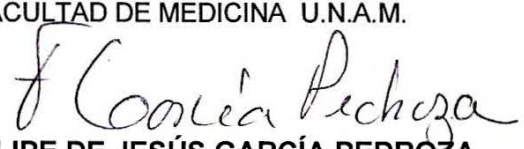
PRESENTA

MICAELA LÓPEZ ISLAS

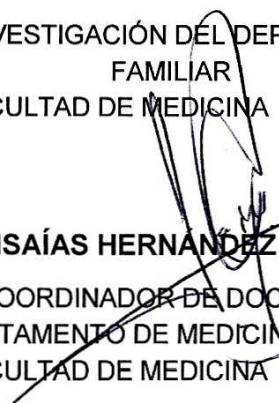
AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

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


DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

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


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

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

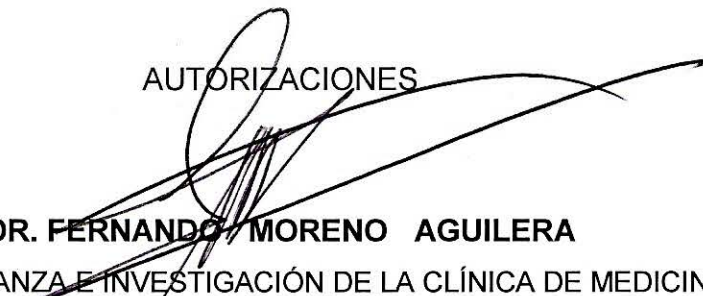
***DETECCIÓN DE SÍNDROME DEPRESIVO EN EL
ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE MEDICINA
FAMILIAR "ORIENTE" DEL ISSSTE***

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

PRESENTA

MICAELA LÓPEZ ISLAS

AUTORIZACIONES



DR. FERNANDO MORENO AGUILERA

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA CLÍNICA DE MEDICINA
FAMILIAR "ORIENTE" DEL ISSSTE

PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA

ASESOR DE TESIS

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

***DETECCIÓN DE SÍNDROME DEPRESIVO EN EL
ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE MEDICINA
FAMILIAR "ORIENTE" DEL ISSSTE***

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

PRESENTA

MICAELA LÓPEZ ISLAS

AUTORIZACIONES



DR. JOSÉ ÁNGEL SORIA GUERRERO
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"ORIENTE" DEL ISSSTE



DR. MANUEL BAZÁN CASTRO
PROF. ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA "ORIENTE" DEL ISSSTE

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro padre, por haberme dado la vida, la inteligencia y el libre albedrío.

A mis Padres, quienes con su ejemplo me inculcaron lo más importante que debe poseer un ser humano: la Responsabilidad y el Crecimiento Personal.

A YAHIR y AMELY, mis hijos, para que mi esfuerzo les sirva de ejemplo y logren alcanzar sus sueños. Gracias por su tiempo, paciencia, tolerancia... y por estar conmigo en cada momento ... ¡LOS AMO!

A mi Esposo, que me apoya y motiva en mi formación profesional, y que con su amor me hace ser mejor persona. Gracias por su confianza, entrega, comprensión y por estar en todo momento.

A mi Asesor el Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina, por su dedicación y apoyo incondicional, por transmitir sus conocimientos; gracias por ayudarme a superar este reto.

A mis Profesores por transmitir sus conocimientos y experiencia durante el desarrollo de la especialidad.

A mis Compañeros de la especialidad que me apoyaron y motivaron en momentos difíciles... ¡Gracias!

A la Lic. en Enf. Laura Saucedo R., quien me apoyo en la recolección de datos de campo y por su interés en el bienestar del adulto mayor.

**MICAELA LÓPEZ ISLAS
MÉXICO, D.F. 2008**

Detección de Síndrome Depresivo en el Adulto Mayor en la Clínica de Medicina Familiar “Oriente” del ISSSTE.

López Islas M. *, Gómez Clavelina F.J. **

*** Residente de Medicina Familiar de la Clínica “Oriente” ISSSTE.**

**** Profesor del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, UNAM; Presidente de la Academia de Profesores de Medicina Familiar de México; Vicepresidente de la Federación Internacional de Redes de Investigación de Atención Primaria.**

RESUMEN

Objetivo. Determinar la incidencia de depresión en los pacientes mayores de 65 años que acuden a la CMF “Oriente”- ISSSTE.

Diseño. Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

Lugar. CMF “Oriente” – ISSSTE. Ciudad de México. Marzo – Abril de 2007.

Participantes. Adultos mayores de 65 años.

Material y Métodos. Escala de Depresión Geriátrica versión de 15 ítems (GDS-15).

Resultados. Se seleccionaron 296 cuestionarios que cumplieron con los criterios de inclusión; se excluyeron 13.

Participaron un total de 283 pacientes con edad promedio de 72.7 años.

El promedio y la desviación estándar de respuestas contestadas positivamente en los cuestionarios aplicados fue de 6.45 ± 1.672 .

A 188 entrevistados (66.4%) se les encontró indicios de depresión ya que el punto de corte de respuestas positivas fue mayor de 5 ítems; como recomiendan los autores de la GDS-15.

Se encontró que la mayor frecuencia de respuestas afirmativas correspondió a 5 ítems (26.9% de los casos), siguiendo las cantidades de 6 (23.7%), 7 (17.7%) y 8 (14.5%) ítems, para una frecuencia acumulada en este rango 5 – 8 ítems de (82.8%) y una frecuencia global de 234 casos.

Conclusiones. El personal de salud de Atención Primaria está situado en el nivel de atención, relación y accesibilidad idóneo para evaluar con mayor facilidad el estado mental de las personas mayores, favoreciendo el diagnóstico precoz de los trastornos depresivos.

El GDS-15 es de fácil aplicación, requiere de algunos minutos para ser completado y ser aplicado por personal de salud. Se sugiere que esta aplicación puede ser más fácil en el módulo gerontológico que es el sitio donde frecuentemente acude el adulto mayor en las Clínicas del ISSSTE.

Se propone el uso del cuestionario GDS-15 a fin de disminuir el número de casos no detectados y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Detection of Depressive Syndrome in the Older Adult in the Primary Care Unit “Oriente” of ISSSTE

López Islas M.*, Gómez Clavelina F. J.**

*** Resident of Family Medicine of Primary Care Unit “Oriente” of ISSSTE.**

**** Family Medicine Professor. Family Medicine Department. National Autonomous University of Mexico (UNAM). President of the Academy of Family Medicine Professors of Mexico (AMPMF). ViceChair International Federation of Primary Care Research Networks (IFPCRN).**

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of depression in the patients older than 65 years that attends to the Primary Care Unit “Oriente” of ISSSTE.

Design: Descriptive, observational, prospective and cross-sectional study.

Place: Primary Care Unit “Oriente” of ISSSTE, Mexico City, March-April 2007.

Participants: Adults older than 65 years.

Material and Methods: Depression geriatric scale of 15 items (GDS-15).

Results: 296 questionnaires were selected that covered the inclusion criteria; were excluded 13.

283 patients participate with an average of 72.7 years.

The middle and the standard deviation of positive answers in the applicated questionnaires were 6.45 ± 1.672 .

In 188 interviewed (66.4%) were found depression signs thereby the positive answers were bigger than 5 items; like the authors of the GDS-15 recommend.

It was found that the most frequency of positive answers belongs to 5 items (26.9% of the cases), 6 (23.7%), 7 (17.7%) and 8 (14.5%) items, for an accumulated frequency in the range 5-8 items of (82.8%) and a global frequency of 234 cases.

Conclusions: Health professionals is situated in the attention level, relationship, and accessibility ideal to evaluate easier the mental state of the older people, improving the earlier diagnostic of the depressive illness.

The GDS-15 is of easy application, requires of few minutes to be completed and applicated by health professionals. We suggest that this application could be easier in the gerontology stand which is the place where frequently arrives the older adult in the ISSSTE clinics.

We recommend the use of the questionnaire GDS-15 in order to diminish the number of undetected cases and improve the life quality in the older adult.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TEMA	PAGINA
I.- MARCO TEÓRICO	
A) Antecedentes históricos	1
B) Definición	2
C) Epidemiología	4
D) Etiología	6
E) Síntomas	9
F) Criterios diagnósticos	12
G) Escalas para valorar la depresión	16
H) Tratamiento	18
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
III.- JUSTIFICACIÓN	25
IV.- OBJETIVOS	26
V.- MATERIAL Y MÉTODOS	
A) Tipo de estudio	27
B) Población, lugar y tiempo	27
C) Muestra	27
D) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	27
E) Instrumento de recolección de datos	28
F) Método de recolección de datos	28
VI.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
VII.- RESULTADOS	30
VIII.- DISCUSIÓN	33
IX.- CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	
A) Instrumento de evaluación (GDS-15)	38
B) Cronograma de actividades	39

I.- MARCO TEÓRICO

A) ANTECEDENTES HISTÓRICOS

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

Numerosos textos antiguos contienen descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo. La historia del rey Saúl en el Viejo Testamento ⁽²⁾, el libro de Job describe la mayor parte de los síntomas depresivos clásicos (insomnio, falta de autoestima, disminución del impulso sexual) enmarcados en los síntomas depresivos como consecuencia inevitable del envejecimiento, y la del suicidio de Ajax en la Ilíada de Homero describen síndromes depresivos. Hace aproximadamente 400 años A. C. Hipócrates incluyó la melancolía en su clasificación de las enfermedades mentales y la definía como una incomodidad o miedo prolongado y la atribuía a bilis negra ^(1,3).

Los médicos griegos y romanos señalaron que las personas mayores sufrían melancolía y descubrieron un aumento de su frecuencia entre los individuos de mediana edad y edad avanzada. En el siglo V, Celio Aureliano afirmaría que la melancolía es más frecuente en los varones, especialmente en los de mediana edad, difícilmente se presenta en las mujeres y también es infrecuente en otras épocas de la vida (Galeno, siglo II) pensaba que la melancolía era inherente a la vejez. Aristóteles propuso la utilización de la música y el vino como terapia para erradicar ese mal ⁽¹⁾.

Cerca del año 30 d. C. el médico romano Aulus Cornelius Celsus describió el concepto de melancolía utilizado por los griegos (melan [negra] y cholé [bilis]) en su texto de medicina, como una depresión causada por la bilis negra. El término continuó siendo utilizado por otros autores médicos, como Areteo (120-180), Galeno (129-199) y Alejandro de Tralles en el siglo VI. El médico y filósofo judío Moisés Maimónides en el siglo XII consideró a la melancolía como una entidad clínica discreta. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó maniaco-melancholicus ^(2,3).

En 1621, Robert Burton escribió La anatomía de la melancolía, y la describió como la enfermedad de la cabeza o trastorno psicológico, enfermedad que puede ser transitoria o definitiva. Este autor valora las experiencias durante la etapa infantil y el tipo de conocimientos que recibieron los niños ⁽¹⁾.

En 1854 Jules Falret llamó folie circulaire, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos. Casi al mismo tiempo ⁽³⁾, otro psiquiatra francés, Jules G. F. Baillarger, definió la folie a double forme: los pacientes, profundamente deprimidos, entraban en un estado de estupor del que finalmente se recuperaban. En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum, mediante el término ciclotimia, describió la manía y la depresión como fases de una misma enfermedad.

A partir del año de 1880 aparecieron documentos, como los textos Psiquiatría infantil y Patología mental infantil que hacen referencia a la melancolía en los mismos términos que el inglés, Charles West, Emmighaus, en Alemania; Delasiauve, Filibillu o Moreau de Tour, en Francia y Vidal Pereira en España.

En 1899, Kraepelin, basándose en trabajos previos de diversos psiquiatras franceses y alemanes, definió una psicosis maníaco-depresiva con la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para diagnosticar el trastorno bipolar I. La ausencia de una evolución que llevara al deterioro y a la demencia diferenciaba la psicosis maníaco depresiva de la demencia precoz (tal como se denominaba entonces a la esquizofrenia). Kraepelin también describió una forma de depresión denominada melancolía involutiva y que se ha considerado desde entonces una forma de trastorno del estado de ánimo de inicio tardío; el trastorno empieza tras la menopausia en las mujeres y en los últimos años de la edad adulta en los hombres." ^(1,3).

Ya en años más recientes el trastorno depresivo mayor fue descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) y actualmente en el DSM-IV en el que se especifica que los dos principales trastornos de este grupo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I ⁽²⁾.

B) DEFINICIÓN

DEPRESIÓN (del latín Depresión-onis) "Estado de abatimiento que imposibilita la acción", puede presentar síntomas físicos o psíquicos.

Depresión (Lat. de hacia abajo + première, comprimir). Disminución o deseo de la actividad funcional.

Las clasificaciones más ampliamente aceptadas por la comunidad médica y científica internacional son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el DSM-IV.

De acuerdo con el CIE-10 un episodio depresivo típico se caracteriza, tanto en los casos leves como moderados o graves, porque: "el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso

en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas "somáticos", tales como la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas" ⁽²⁾.

De acuerdo con la clasificación que plantea el DSM-IV "los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares implican la presencia de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo o con síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria ⁽³⁾.

La característica básica del episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El

episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos más leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro amnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas. Este tipo de síntomas se deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas, a los efectos secundarios de los medicamentos o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica. Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir dos meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos dos meses, generalmente se consideran resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor ⁽²⁾.

C) EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El informe Mundial sobre la salud de 2001 refiere que la prevalencia puntual de la depresión en el mundo en los hombres es de 1.9 % y de 3.2 % en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8 % y 9.5 % respectivamente.

En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades mas discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo.

Se estima que en 2020 la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyo que los trastornos afectivos -dentro de los que incluyen los trastornos depresivos-, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3 % alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar ⁽⁴⁾.

Estudios realizados sobre depresión en el anciano reportan una prevalencia de entre 10 – 30% para depresión leve y del 3% para depresión mayor^(5,6,7,8); se ha señalado así mismo una incidencia de casos nuevos por año en un 13% con afectación mayor a mujeres que a hombres ⁽⁹⁾. La depresión se asocia a un aumento de mortalidad y morbilidad que con frecuencia pasa desapercibida y queda sin diagnosticar y consecuentemente sin tratar, existen estudios de investigación que apuntan que los médicos de atención primaria no diagnostican del 50 – 75% de los pacientes que sufren diversos trastornos mentales comunes como la depresión ⁽¹⁰⁾.

En casi todos los estudios epidemiológicos sobre depresión en Europa, Estados Unidos y México, se señala que las mujeres tienen un doble riesgo que los hombres de padecer depresión durante un ciclo vital, indicando que la mayor incidencia y prevalencia ocurre entre los 20 y 45 años de edad; la depresión puede presentarse también en la tercera edad, aunque con menos frecuencia que en la edad media del ser humano.

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

Estudios realizados en la ciudad de México por Santillana-Hernández et. al., en 1999 y Tapia Mejía et. al., en 2000, aplicando la escala de valoración de Calderón Narváez y la escala de Yesavage y Brink, reportan una prevalencia de depresión de 79.5% con la primera y 57% la segunda ⁽⁹⁾.

D) ETIOLOGÍA

En los últimos 20 años, han ocurrido avances importantes en el conocimiento de ciertos aspectos de la depresión, tanto en áreas de la Bioquímica, la Fisiología, la Genética y en la epidemiológica, esto ha venido a poner de manifiesto que la enfermedad depresiva no es de causa única, sino multifactorial. En la edad avanzada en donde el estrés ambiental es tan importante para que aparezca la depresión, hay también disminución de la adaptabilidad de la personalidad, el panorama del trastorno depresivo es menos favorable que en pacientes más jóvenes ⁽⁷⁾. La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requiere ser estudiados desde un punto de vista biopsicosocial. Durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico que están seriamente involucrados ⁽⁵⁾.

1.-Los factores genéticos y biológicos proporcionan un sustrato para la aparición de síntomas depresivos en la última etapa de la vida (pero no son necesarios ni suficientes para su desarrollo) ⁽¹⁾. Los cambios neurológicos debidos al envejecimiento como menor población neuronal, disminución de la síntesis de neurotransmisores y sus receptores, además del daño estructural al SNC como consecuencia de enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial, por otro lado cambios estructurales más sutiles (micro infartos, degeneración de ganglios basales) contribuyen para el establecimiento de los trastornos cognitivos, de hecho, los pacientes con deterioro cognitivo avanzado tienden siempre a un riesgo alto y constante de presentar síntomas depresivos ⁽⁵⁾.

2.-Los sucesos acaecidos durante toda la vida del individuo tienen capacidad para precipitar la depresión y los trastornos secundarios a ello, estos acontecimientos no son menos importantes en la última parte de la vida que en cualquier otra fase del ciclo vital agentes y factores relacionados con el desarrollo) ⁽¹⁾.

3.-El aspecto psicológico involucra el tipo de personalidad que el paciente haya desarrollado. Así las personas narcisistas y obsesivas tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez. En general las personas narcisistas están siempre atentas de obtener sus satisfactores a partir de bienes materiales, la belleza y la juventud y ante el hecho de perderlos no se logra una adecuada adaptación. La gente con personalidad obsesiva utiliza parte de su energía para modular ciertas reacciones de agresividad para evitar conflictos con los demás. En la vejez al tener dificultad para modular estas reacciones y hacerlas manifiestas favorecerán el alejamiento y la evitación de los demás ⁽⁵⁾.

4.-Las inhabilitaciones sociales representadas por un mayor número de pérdidas, (amistades, cónyuge, trabajo) en la familia y en la sociedad. Fenómenos como la jubilación, que se consideran en la actualidad como sinónimos de minusvalía. La pérdida de roles en el trabajo y en la familia determinan que en los pacientes actúen mecanismos de adaptación, los

cuales cuando no son eficientes, favorecerá una pobre auto imagen y sentimientos de inferioridad ⁽⁵⁾.

5.-La pérdida del estatus económico se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad. La pensión (cuando la tienen) representa 30-50% de su ingreso previo, las necesidades básicas no pueden ser cubiertas de forma satisfactoria, situación que es generadora de frustración y síntomas depresivos ⁽⁵⁾.

E) POLIFARMACIA

A las personas de edad avanzada con frecuencia se les prescriben muchos medicamentos en programas complejos de dosificación. En algunos pacientes esto está justificado debido a la presencia de diversos trastornos crónicos que se sobrepone a las enfermedades agudas. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, los regímenes farmacológicos complejos son innecesarios, excesivamente costosos y predisponen a la persona a no acatar el tratamiento y a reacciones farmacológicas adversas. El 80% de la población geriátrica sufre de una o más enfermedades crónicas que los lleva al consumo de múltiples fármacos, lo cual los pone en riesgo de problemas como efectos adversos, interacciones o toxicidad, entendiéndose por polifarmacia al consumo de cinco o más medicamentos en un mismo periodo de tiempo ⁽¹¹⁾. En el caso específico de la depresión existen medicamentos que como efecto adverso lo provocan y son comunes en la terapia medicamentosa otorgada a los adultos mayores.

Antihipertensivos como metoprolol y reserpina, AINES como indometacina, meloxicam, y anti ulcerosos como la ranitidina, otros como el ketorolaco. los fármacos mencionados provocan depresión, y existen otros que producen síntomas aislados de depresión y son: dextrometorfán que produce excitación y/o somnolencia, digoxina que produce confusión, desorientación y anorexia, la aminofilina produce irritabilidad e :insomnio, La carbamazepina somnolencia, astenia, y anorexia, El ciprofloxacino reduce reacciones psicóticas, el clonazepam somnolencia y depresión del SNC la dexametasona provoca trastornos psíquicos, la espironolactona confusión, glibenclamida a dosis altas somnolencia, debilidad y depresión por efecto hipoglucémico, loratadina provoca nerviosismo insomnio o bien somnolencia, la metoclopramida somnolencia y sedación ⁽³⁾.

NEUROFISIOLOGÍA

El concepto de que las fluctuaciones del humor parecen deberse a cambios corporales biológicos es casi tan antiguo como la historia de la medicina. Las características fisiológicas, morfológicas y conductuales del individuo están determinadas en grado variable por:

La genética: En el momento de la concepción, cada individuo posee una constelación de genes que influirán en su comportamiento, al afectar el desarrollo y las funciones del organismo. En el área de la depresión diversos estudios concluyen que: el riesgo medio de trastornos afectivos entre los familiares de los pacientes oscila alrededor del 14.3% para los padres 14.8% para los hijos, y el 12.9% para los hermanos. En cuanto a los gemelos monocigóticos resulta del 68% y para los dicigóticos del 23%. El riesgo para la población general es del 1%. Sin embargo, la determinación genética no actúa de forma ciega, ya que el medio intra e intercelular del organismo así como el ambiente externo, modulan la función de los genes.

Es bien conocido que los sistemas nervioso y endocrino y los ritmos circadianos son los encargados de regular los procesos fisiológicos en todo el organismo, por lo tanto:

Los neurotransmisores: Son los encargados de la transferencia de información entre las neuronas. Algunas teorías sobre la depresión y el envejecimiento se han centrado en la existencia de cambios funcionales dentro del sistema límbico y el hipotálamo, atribuyendo posibles localizaciones del desarrollo de los trastornos afectivos.

La noradrenalina es fundamentalmente una sustancia periférica, pero dentro del Sistema Nervioso Central (SNC) abunda, sobre todo en el hipotálamo y la formación reticular del tronco encefálico, la disminución de esta sustancia puede provocar depresión.

La dopamina se encuentra en concentraciones altas en el cuerpo estriado y en la sustancia negra, el sistema tuberoinfundibular también está mediado por la dopamina en sus proyecciones descendentes, hacia los vasos portahipofisarios, el aumento de la dopamina provoca una disminución en la depresión.

La serotonina puede encontrarse en la glándula pineal y el hipotálamo y se observa en concentraciones bastante elevadas en un grupo de núcleos mesencefálicos, pontinos y del rafe. Evidencias preliminares sugieren que la disminución en la actividad de la serotonina puede aumentar la vulnerabilidad para la depresión o ser un factor causal.

La Adrenalina es un neurotransmisor importante fuera del SNC, sobre todo en la médula suprarrenal.

En el cerebro, las principales monoaminas que funcionan como neurotransmisores y las catecolaminas noradrenalina y dopamina están disminuidas de manera uniforme en cerebros de pacientes con depresión.

Hipótesis endocrina: La atención se ha centrado fundamentalmente en el papel de la ACTH y la cortisona, se sabe desde hace tiempo que un número significativo de pacientes deprimidos son hipersecretores de cortisol. La secreción de hormona hipofisiaria estimuladora del tiroides (TSH) permanece generalmente dentro de límites normales, en los pacientes deprimidos se ha demostrado una supresión de la elevación normal de la TSH tras la

administración TRH. No parece que la prolactina experimente cambios significativos con la edad, aunque el descenso de la producción de estrógenos por los ovarios y el desequilibrio consiguiente quizá guarde relación con síntomas depresivos. En los pacientes deprimidos se ha observado un descenso de la respuesta de TSR a la TRH. Estudios recientes sugieren que la vasopresina sintetizada y secretada por el hipotálamo anterior a través de la hipófisis posterior, pueden mejorar los síntomas depresivos. La vasopresina también parece mejorar el funcionamiento cognoscitivo en arcas como la concentración, la atención y la memoria.

Ritmos circadianos: Se trata de una teoría donde se expone que los síntomas afectivos se basan en “la desincronización” de los ritmos circadianos, dado el carácter de los trastornos depresivos y las observaciones que relacionan los trastornos fisiológicos y bioquímicos circadianos con los cambios de humor de pacientes maniaco-depresivos, las funciones psicofisiológicas y bioquímicas de los pacientes con depresión exhiben en gran parte patrones “divinos” alterados, en comparación con las personas sanas esta teoría no puede desvincularse de la hipótesis catecolamínica que explica la variación “divina” y quizá el control de ciertos patrones circadianos tales como la relación entre serotonina y sueño ^(1,3).

E) SÍNTOMAS

Manifestaciones clínicas de la enfermedad depresiva

La depresión es un desorden que casi siempre se presenta de manera oculta, con fatiga crónica, dolor o quejas somáticas no específicas. El estado depresivo puede ser evidente o puede manifestarse como indiferencia o flojera, incomodidad, "nervios", agitación o irritabilidad. Por esto último se requiere un conocimiento adecuado, ya que muchos síntomas presentes pueden ser depresivos y no una afección de otro tipo.

Existen dos patrones sintomáticos básicos en los trastornos del ánimo, uno para la depresión y otro para la manía. Los episodios depresivos pueden darse tanto en el trastorno depresivo mayor como en el trastorno bipolar I. Aunque muchos estudios han intentado identificar diferencias fiables entre los episodios depresivos del trastorno bipolar I y los del trastorno depresivo mayor, los resultados no han sido satisfactorios. En el contexto clínico, únicamente los antecedentes personales y familiares y el curso de la enfermedad pueden ayudarnos a diferenciar ambas entidades. Algunos pacientes con un trastorno bipolar I presentan estados mixtos con síntomas depresivos breves - desde unos minutos a pocas horas - durante los episodios maníacos.

Episodio depresivo mayor: Período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, el sujeto también debe experimentar al menos otros 4 síntomas de una lista que incluye:

- Cambios de apetito o peso.
- Cambios del sueño.
- Cambios de la actividad psicomotora.
- Falta de energía.
- Sentimientos de infravaloración y culpa.
- Dificultad para pensar y/o concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Ideación. Planes o intentos suicidas.

Además:

- un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.
- Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi día a día, durante al menos 2 semanas consecutivas.

De acuerdo con el DSM-IV los criterios para el episodio depresivo mayor son:

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser: a) estado de ánimo deprimido o b) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según lo refiere el propio sujeto u observan los demás).

Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o la pérdida o aumento del apetito casi cada día. En los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

Insomnio o hipersomnia casi cada día.

Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

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

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentación de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor ^(2, 3,12).

F) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para este fin contamos con los criterios diagnósticos estipulados en el DSM IV y el CIE -10.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (DSM IV)

Especifica a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que tiene como característica ser una alteración del humor y es catalogada como un episodio afectivo el cual es clasificado como sigue:

Trastorno distímico: estado de ánimo crónicamente depresivo, que está presente la mayor parte del día, de la mayoría de los días durante al menos 2 años ⁽²⁵⁾.

Trastornos depresivos no especificados: son trastornos con síntomas depresivos que no cumplen criterios para trastorno depresivo mayor o trastorno distímico. Entre estos se encuentran. Trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor (episodios de menos 2 semanas, de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para trastorno depresivo mayor), trastorno depresivo breve recidivante episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante doce meses (no asociado a ciclos menstruales), y trastornos depresivos asociados a otras patologías ⁽¹²⁾.

-No debe ser secundario a enfermedad médica, inducido por sustancias o duelo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN-CIE 10

En los episodios depresivos típicos, por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil.
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones.
- f) Los trastornos de sueño.
- g) La pérdida de apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco ^(2,3).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Transtornos psiquiátricos
Transtornos de ansiedad
Reacciones de adaptación
Duelo
Psicosis
Otros trastornos afectivos (bipolar, orgánico)

Condiciones médicas con síntomas similares a la depresión o que pueden causar depresión:

Metabólicos y endocrinológicos

Trastornos electrolíticos
Insuficiencia renal
Porfiria aguda intermitente
Enfermedad de Wilson
Metales pesados
Hipotiroidismo e hipertiroidismo
Enfermedad de Addison
Diabetes mellitus
Enfermedad de Cushing
Disfunción paratifoidea

Trastornos degenerativos/neurológicos

Enfermedad de Huntington
Lesión cerebral traumática
Accidente vascular cerebral
Esclerosis múltiple
Enfermedad de Parkinson
Enfermedad de Alzheimer y otros síndromes demenciales
Enfermedades infecciosas
Encefalitis, meningitis
Endocarditis
Hepatitis
Mononucleosis
Enfermedades de transmisión sexual: sífilis y SIDA
Tuberculosis

Enfermedades Autoinmunes

Fibromialgia
Lupus Eritematoso Sistémico
Artritis reumatoide

Enfermedades hematológicas y malignas

Cáncer de colon
Carcinoma de páncreas
Cáncer de estómago
Tumores cerebrales
Efectos paraneoplásicos de cánceres de pulmón
Anemias

Enfermedades Gastrointestinales

Síndrome de colon irritable
Pancreatitis crónica
Enfermedad de Crohn
Cirrosis
Encefalopatía hepática

Enfermedades cardiovasculares

Infarto al miocardio
Angina
Cirugía de "bypass" de arterias coronarias
Cardiomiopatías

Enfermedades pulmonares

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Apnea del sueño

Algunos Medicamentos que pueden causar depresión:

Acyclovir

Alcohol

Anfetaminas, anfetaminoides

Anticonceptivos orales

Anticonvulsivantes

Antiinflamatorios no esteroideos

Barbitúricos

Benzodiacepinas

Bloqueadores beta adrenérgicos

Bromocriptina

Captopril

Cimetidina

Clonidina

Corticosteroides

Derivados procaínicos

Disulfiram

Enalapril

Fenilefrina

Glicósidos digitales

Hidralacina

Hormonas tiroideas

Isoniacida

Levodopa

Metildopa

Metronidazol

Nifedipina

Reserpina

Sulfonamidas

Teofilina

Tiazidas

Trimetoprim

Sulfametoxazol

Vinblastina

Vincristina

Entre muchos otros ⁽³⁾.

G) ESCALAS PARA VALORAR LA DEPRESIÓN

El uso de las escalas para valorar depresión en la edad avanzada, tiene muchas controversias; se necesita un buen dominio del lenguaje, las escalas no pueden emplearse cuando el paciente tiene deterioro cognoscitivo (7). Una de las más utilizadas para población geriátrica es la escala propuesta por Yesavage y Brink, la cual constituye un instrumento validado en ancianos sanos y hospitalizados, por lo que se puede aplicar en adultos mayores integrados a su comunidad y que acuden a las unidades de medicina familiar; tiene una sensibilidad 0.91 y especificidad de 0.72.

La versión original de 30 reactivos, es un instrumento práctico, puede aplicarse en forma verbal o escrita ⁽⁹⁾.

La GDS descrita por Yesavage y Brink en 1982, su validez y utilidad han sido ampliamente descritas. La versión de 15 ítems de la GDS fue desarrollado por Shelkh y Yesavage en 1986, con una mejor eficacia y sin perder precisión, se han descrito versiones más cortas con el objeto de ahorrar tiempo. En un estudio llevado a cabo en una población cuya muestra fue de 155 pacientes se aplica la escala GDS-5 y presenta una sensibilidad de 98% y una especificidad de 57.4%; aplicando la escala GDS-15 en esta población presenta una sensibilidad de 93.1% una especificidad de 73.5%.

La versión de 5 ítems tiene enorme sensibilidad, a expensas de una baja especificidad, ello hace que el valor predictivo negativo sea tan alto. Esta versión puede constituir una herramienta útil en la detección de depresión en pacientes geriátricos, especialmente en entornos como las consultas de atención primaria ⁽¹⁰⁾.

La escala de depresión geriátrica (GDS) es la única construida específicamente para personas mayores, ninguna de las preguntas en esta escala son sobre síntomas somáticos, lo que ayuda a evitar la confusión entre los síntomas somáticos relacionados con la depresión y los trastornos físicos comunes en la tercera edad ⁽¹⁵⁾.

El test de cribado de Yesavage en su versión completa de 30 ítems, es la única validada en atención primaria utilizada en población anciana y es la única diseñada para este grupo de edad, presentando una sensibilidad del 84% y una especificidad de 95% ⁽¹⁶⁾.

Escala de Zung: La escala para depresión de Zung contiene 20 ítems. La puntuación normal es de 34 puntos o menos, se considera a un paciente deprimido si es de 50 puntos o más. La escala proporciona un índice global

de la intensidad de los síntomas del paciente, e incluye la expresión afectiva de la depresión ⁽³⁾.

Inicialmente, se planteó que la escala de Zung en adultos evaluaba 3 grupos de síntomas o dominios; a saber, síntomas del estado de ánimo, somático y cognoscitivo.

Se señala que la escala de Zung para depresión presenta algunas limitaciones de contenido. Tiene un número limitado de puntos que exploran los elementos emocionales y un mayor número de puntos para síntomas somáticos que pueden dificultar el diagnóstico de episodio depresivo en personas con enfermedades médicas concomitantes, y no sirve para valorar la severidad de un episodio depresivo y su remisión en el tiempo ⁽¹⁷⁾.

H) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento de la depresión en el paciente en senectud, debe ser integral, es decir, abarcar los aspectos farmacológicos, psicológicos, socio-familiares y culturales.

El uso de fármacos debe estar sujeto a las condiciones físicas, patológicas, severidad y evolución del cuadro. A partir de los 65 años debe manejarse con prudencia, habilidad y de acuerdo con sus condiciones individuales ⁽¹³⁾, debido a las modificaciones sufridas durante la vejez, los cambios en la farmacocinética y farmacodinámica, que determinaran, incremento en las vidas medias de muchos fármacos, así como interacciones que potencialicen o antagonicen sus efectos ⁽⁵⁾.

En el anciano, la absorción no se encuentra alterada comparada con la de personas más jóvenes, siempre y cuando se mantenga la integridad del tubo digestivo.

La distribución de los antidepresivos, como de algunos otros psicofármacos será más amplia, debido a que por sus características fisicoquímicas, son altamente liposolubles, por lo tanto el anciano al incrementar y redistribuir su tejido graso, los fármacos en cuestión tendrán una distribución más amplia.

También se debe de considerar los niveles de albúmina, ya que es relativamente frecuente encontrar en el anciano niveles bajos de albúmina, lo que permitirá una mayor fracción libre de medicamento y un mayor riesgo de presentar estados tóxicos y efectos secundarios.

La polifarmacia, puede favorecer la potenciación de algunos fármacos, al verse desplazados por los antidepresivos que compiten por los mismos acarreadores (antihipertensivos, hipoglucemiantes orales), por lo que de darse de manera simultánea con antidepresivos deberá ajustarse su dosis.

Actualmente en la terapia farmacológica para la depresión se incluye: a los antidepresivos tricíclicos (ATDT), los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), y el Litio (Li).

Los antidepresivos (ATDT) tienen en inconveniente de presentar en los ancianos, frecuentes efectos secundarios por su actividad anticolinérgica. De este grupo son las amitriptilina y la imipramina, las cuales son muy efectivos para el tratamiento de la depresión.

Los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), ejercen su acción al inhibirla recaptura de la serotonina en el espacio sináptico por parte de la neurona presináptica, dejando disponible al neurotransmisor por más tiempo, para los receptores postsinápticos correspondientes; tienen un alto margen de seguridad y tolerancia, sin los efectos anticolinérgicos de los ATDT.

Pertenecen a este grupo la paroxetina, la fluoxetina, sertralina y el citalopam. En general ejercen un efecto energizante en el paciente por lo que se recomienda tomarlo por la mañana.

En el caso de los ISRS, deberá tenerse en cuenta la posibilidad de que se presente el síndrome serotoninérgico, como consecuencia de una sobre actividad de la serotonina. Las características son: dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos, y en casos extremos riesgos de colapso vascular.

La mianserina y la trazadota se consideran antidepresivos atípicos, pueden tener cierto efecto anticolinérgico. Se utilizan en el tratamiento de la depresión asociada a insomnio, por el efecto sedante que ejercen.

Para los antidepresivos se sugiere evaluar el tratamiento en las primeras 4 – 6 semanas, antes de decidir cambiar de producto y en ocasiones se puede extender este periodo de observación hasta 8 semanas.

Los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO) ejercen su efecto terapéutico al inhibir la enzima encargada de degradar los neurotransmisores adrenérgicos, principalmente noradrenalina, por lo que no deberán asociarse a los antidepresivos ATDT, ISRS, mianserina y trazadota, pues se corre el riesgo de efectos adversos a dosis terapéuticas habituales.

En general, el tratamiento farmacológico de la depresión en los hombres adultos mayores debe comenzar con un medicamento antidepresivo, como un inhibidor de selectivo de recaptura de serotonina (ISRS). Los ISRS normalmente se prefieren a los antidepresivos tricíclicos porque son tan eficaces como ellos pero con menores efectos adversos.

Uno de los efectos colaterales más comunes de los ISRS en el largo plazo es la disfunción sexual

Los ISRS también puede disminuir el apetito, lo que puede ser problemático en el tratamiento de los hombres más viejos. Si la pérdida de peso ocurre, los ISRS pueden reemplazarse por antidepresivos tricíclicos o antidepresivos atípicos, como mirtazapina, el cual puede potenciar la ganancia de peso.

Otro efecto colateral conocido de los ISRS es la agitación. Hasta ahora no hay evidencia para sugerir que los ISRS aumentan el riesgo de suicidio en los hombres más viejos, la agitación severa es un riesgo para suicidio. Los antidepresivos tricíclicos pueden ser especialmente útiles para la depresión agitada y depresión con síntomas de insomnio ⁽¹⁴⁾.

El tratamiento anticonvulsivo (TEC) sigue siendo hoy día una buena opción terapéutica, particularmente en la depresión del anciano resistente a tratamiento farmacológico; continua siendo el tratamiento más efectivo para la depresión mayor, especialmente para la depresión psicótica ⁽⁵⁾.

TABLA 1.- AGENTES ANTIDEPRESIVOS COMUNES Y DOSIFICACIÓN GERIÁTRICA

AGENTE	DOSIS INICIAL DIARIA (mg)	DOSIS DIARIA (mg)
Bupropión HCl	75 – 100	200 -300
Citoloqram HBr	10	20 - 40
Fluxetina HCl	10	10 - 50
Maleato de Fluvoxamina	50	100 - 300
Mirtazapina	15 – 30	15 - 45
Nefazodona HCl	100	200 - 400
Nortriptilina HCl	10 – 25	50 - 150
Paroxetina HCl	10	10 -40
Sertralina HCl	10	10 - 40
Venlafaxina HCl	50 – 75	75 - 225

Fuente: Puzantian T, Stimmel GL. Guide to psychotropic drugs in the elderly. New York, NY: McMahon Publishing Group; 2003

Citada en **Male depression: A review of gender concerns and testosterone therapy. Geriatrics 2004; 52 (10): 24 -29**

TABLA 2.- FÁRMACOS SELECTIVOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Fármaco	Dosis inicial	Dosis (mg/día)	Usos	Concentración terapéutica en plasma (ng/ml)
Amitriptilina	25 horas to 25 tid	50-300 .	Depresión, dolor crónico, migraña, trastornos del sueño	60-200
Amoxapina	50 bid ^b - 50 tid	100-600	Depresión	180- 600
Bupropión	50-75 bid	300-450	Depresión, trastornos por déficit de atención	50-100
Clomipramina	25 tid	100-250	Depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por crisis de angustia	200-300
Desipramina	25 horas to 25 tid	50-300	Depresión, trastorno por déficit de atención y trastorno por crisis de angustia	125-250

Doxepina	25 horas to 25 bid	75-300	Depresión, dolor crónico, úlceras pépticas, síndrome de intestino irritable, trastornos del sueño	110-250
Fluoxetina	20 qam	10-80	Depresión, trastornos de la alimentación, trastornos obsesivo-compulsivo y trastorno por crisis de angustia	-----
Fluvoxamina	50 - 100 qam	100-300	Trastorno obsesivo compulsivo, depresión, trastorno por crisis de angustia	-----
Imipramina	25 horas to 25 tid	50-300	Depresión, trastorno por crisis de angustia	> 180
Maprotilina	25 horas to 25 tid	50-225	Depresión	200- 400
Nefazodona	100 mg tid	100-600	Depresión, trastorno obsesivo-compulsivo ^d	-----
Nortriptilina	25 horas to 25 tid	50-200	Depresión. trastorno por crisis de angustia	50-150
Paroxetina	20 qam	10-50	Depresión. Trastorno obsesivo-compulsivo. trastornos de la alimentación y trastorno por angustia	-----
Fenelcina	15 qam	15-90	Depresión, trastorno por crisis de angustia, fobia. depresión atípica	80% de inhibición de la actividad MAO de las plaquetas
Protriptilina	10 qam	15-60	Depresión	100-200
Sertralina	50 qam	50-200	Depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la alimentación y trastorno por angustia	-----

Trazadona	50 tid	50-600	Depresión, trastornos del sueño, dolor crónico	800-1600
Trimipramina	25 horas to 25 tid	75-300	Depresión, dolor crónico	-----
Tranilcipromina	10qam	10-60	Depresión, trastorno por crisis de angustia, fobia. depresión atípica	80% de inhibición de la actividad MAO de las plaquetas
Venlafaxina	37,5 bid	75-375	Depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por crisis de angustia y trastornos por déficit de atención^d	-----

Reproducido con autorización de Primary Psychiatry, Mayo 1995.

^a en pacientes geriátricos, la dosis adecuada varía notablemente pero en general se reduce a la mitad del rango de un adulto para los antidepresivos tricíclicos y para aquellos compuestos con una toxicidad cardiovascular significativa.

^b Molécula y metabolito.

^c Control terapéutico del fármaco bien establecido.

^d Datos clínicos disponibles escasos.

PSICOTERAPIA

En este tipo de enfermos, es trascendente la cooperación de la familia en tal forma que será posible crear responsabilidades ante el riesgo de suicidio ⁽¹³⁾.

TABLA 3.- COMBINACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA CON TRES TIPOS DE PSICOTERAPIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN (3)

Características del tratamiento combinado	Terapia psicodinámica	Terapia cognoscitiva	Terapia interpersonal
Postura básica	La medicación se evita excepto cuando la vida del paciente corre peligro; se utiliza con prudencia para los síntomas vegetativos graves	la farmacoterapia y la terapia cognoscitiva siguen en competición activa, pero los fármacos se utilizan en casos de escasa respuesta a la terapia cognoscitiva y para desbloquear la psicoterapia en depresiones graves, cuando se requiere un alivio sintomático	Se considera que la terapia interpersonal y la farmacoterapia tienen diferentes efectos y latencia de resultados (efectos tempranos de los fármacos sobre los síntomas vegetativos, efectos posteriores de la psicoterapia sobre la ideación suicida, trabajo e intereses)
Técnicas	Los significados personales, (conscientes e inconscientes) se exploran e interpretan en las sesiones terapéuticas	Se proporciona información y se explican las razones de su utilización; se asignan tareas especiales para aumentar la participación, por ejemplo, tareas posteriores a la sesión (lista de efectos secundarios); se alienta el contacto telefónico con el terapeuta	Se proporciona información y la racionalidad de su uso, en consecuencia con el modelo médico; se dedica cierto tiempo en cada sesión para discutir los aspectos farmacológicos

Citado por Karasu TB: toward a clinical model of psychotherapy for depression II. An integrative and selective treatments approach. Am J psychiatry 1990;147: 272

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de la esfera del estado de ánimo son unos de los cuadros más descritos a lo largo de toda la historia y su alta prevalencia lo sitúa en una de las patologías más frecuentes en la actualidad. La incidencia de depresión parece estar incrementándose en los últimos años, se estima que en el 2020, será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, la prevalencia para el sexo masculino es del 5% y para el femenino de 9.5% en adultos mayores de 60 años de vida.

El cuadro depresivo es más frecuente en mayores de 60 años, aumentando en la actualidad del 17 al 31%, presentando su mayor frecuencia en los años que preceden al retiro.

El impacto económico de la enfermedad depresiva es alto, ya que incluye costo del tratamiento, falta de productividad debido a la enfermedad, ausentismo laboral o la muerte.

La atención de los pacientes en el primer nivel sigue siendo deficiente en cuestión de enfermedades mentales, algunos estudios señalan que los médicos de atención primaria no diagnostican del 50 al 75% de los pacientes que sufren trastornos mentales como la depresión, por lo que la detección, tratamiento o canalización a otro nivel es insuficiente, aunado también a que existe un importante estigma social a los pacientes psiquiátricos y la suma del tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe tratamiento es considerable.

El reto actual de los prestadores de servicios de salud de atención primaria es preservar la vida de los pacientes con calidad y cantidad, ya que esta patología interfiere en la evolución de enfermedades concomitantes.

Es un verdadero reto para el médico familiar ofrecer oportunamente la terapéutica farmacológica y no farmacológica.

Dado lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CMF ORIENTE?

III.- JUSTIFICACIÓN

La depresión es un estado de ánimo que afecta a millones de seres en todo el mundo. El riesgo de padecer un episodio depresivo en un periodo determinado es aproximadamente 1:2 para los hombres en relación a las mujeres y cerca del 20% de la población general presentara un episodio depresivo en el transcurso de su vida.

La prevalencia de depresión en el anciano se reporta entre 10 – 30% para depresión leve y del 3% para depresión mayor, y se ha señalado asimismo la incidencia de casos nuevos por año de un 1.32% con afectación mayor a hombres que a mujeres.

El médico familiar por ser el médico de primer contacto con los adultos mayores debe detectar los trastornos mentales, particularmente la depresión, que en este grupo de edad frecuentemente es enmascarada con enfermedades concomitantes. En la actualidad en el primer nivel de atención sigue siendo deficiente el diagnostico de trastornos mentales hasta 50 – 75% de ahí la importancia de detectar, diagnosticar y tratar eficaz y oportunamente estos padecimientos y así mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

En la CMF Oriente actualmente se cuenta con una población total de 80 960 derechohabientes registrados; de los cuales 10 744 son mayores de 65 años, representando el 13.27% de la población. De ahí la importancia de detectar oportunamente trastornos depresivos en este grupo de edad.

Para el presente trabajo contamos con la población de adultos mayores referida anteriormente que acude a los servicios de atención en las instalaciones de la clínica.

El médico familiar por ser el primero en tener contacto con los familiares debe de poner mayor énfasis y de ser posible aplicar pruebas diagnosticas para ofrecer al paciente un tratamiento oportuno.

IV.- OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la incidencia de depresión en los pacientes mayores de 65 años que acuden a la CMF Oriente - ISSSTE.

Objetivos específicos

1. Determinar la incidencia de depresión en el adulto mayor en la CMF Oriente durante el periodo de Marzo a Abril de 2007.
2. Identificar en la población estudiada la presencia de depresión.

V.- MATERIAL Y MÉTODOS

A) TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal

B) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Pacientes que acuden a consulta en la CMF Oriente en el periodo de marzo-abril de 2007.

C) MUESTRA:

Se calculó la muestra considerando una población de 10 744 adultos mayores de 65 años, de la cual se tomará una muestra representativa de 293 con un nivel de confianza (Z) del 95%; un error (E) del 6% y una p de 0.5, obteniendo una muestra de 267 sujetos a la cual se le agrega una estimación del 10% (a fin de compensar aquellas que sean mal elaboradas o se contesten de manera incompleta), por lo que se debe de aplicar 293 encuestas, en el periodo establecido.

D) CRITERIO DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

1.- Criterio de inclusión:

Derechohabientes que acuden a la CMF Oriente ISSSTE, mayores de 65 años

Ambos sexos

Sepan leer y escribir; y sin discapacidad

Que acepten participar de manera voluntaria

2.- Criterios de Exclusión:

Pacientes en tratamiento por trastornos mentales

Derechohabientes que no acepten participar en el estudio

Que no sepan leer, escribir o que tengan discapacidad

3.- Criterios de eliminación:

Encuestas incompletas o mal requisitadas

E) INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplica la escala de depresión geriátrica versión de 15 ítems (GDS-15) ⁽¹⁰⁾.

F) MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Elaboración de cuestionario de 15 preguntas (GDS-15). **Anexo A.**

Se solicita participación a médicos adscritos a la CMF Oriente en ambos turnos para la aplicación de 18 encuesta por consultorio a lo largo del periodo establecido.

Se solicita la participación a médicos adscritos a la CMF Oriente para la aplicación de 18 encuesta por consultorio (en ambos turnos); a lo largo del periodo establecido.

Crear una base de datos en SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

VI.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud determina los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud; debiendo atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación

El artículo 13 manifiesta que en toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En el artículo 14; propone en su punto 5to. y 6to. que se contara en cada estudio con un consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.

Las investigación es sin riesgo cuando los estudios empleen técnicas y métodos de investigación: documentales retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención que modifique intencionalmente las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio: entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas y revisión de expedientes clínicos.

Artículo 113; la conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar ⁽²⁶⁾.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

En su punto número 1 manifiesta que es una propuesta de principios éticos que sirve para orientar a los médicos y a otras personas que realicen investigaciones medicas en seres humanos.

En sus puntos 10 y 15, hace referencia que en la investigación medica es deber de medico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

En su punto 21 y 22, manifiesta que debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación su integridad y la intimidad de los individuos. Las personas deben ser informadas del derecho o no de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

En el punto 27, manifiesta que deberán publicarse los resultados de su investigación, manteniendo la exactitud de los datos y resultados, teniendo que publicar los resultados positivos y negativos, citando las fuentes de financiamiento ⁽²⁷⁾.

VII.- RESULTADOS

Se seleccionaron 296 cuestionarios que cumplieron con los criterios de inclusión.

De este número de entrevistas fueron excluidas 13 (4.4%) por tener errores en la recopilación de información (4 encuestas) o por negativa de las personas para participar en el estudio (9 encuestas). Tabla 1.

TABLA 1.- NUMERO Y PORCENTAJE DE ENTREVISTAS REALIZADAS EN EL ESTUDIO

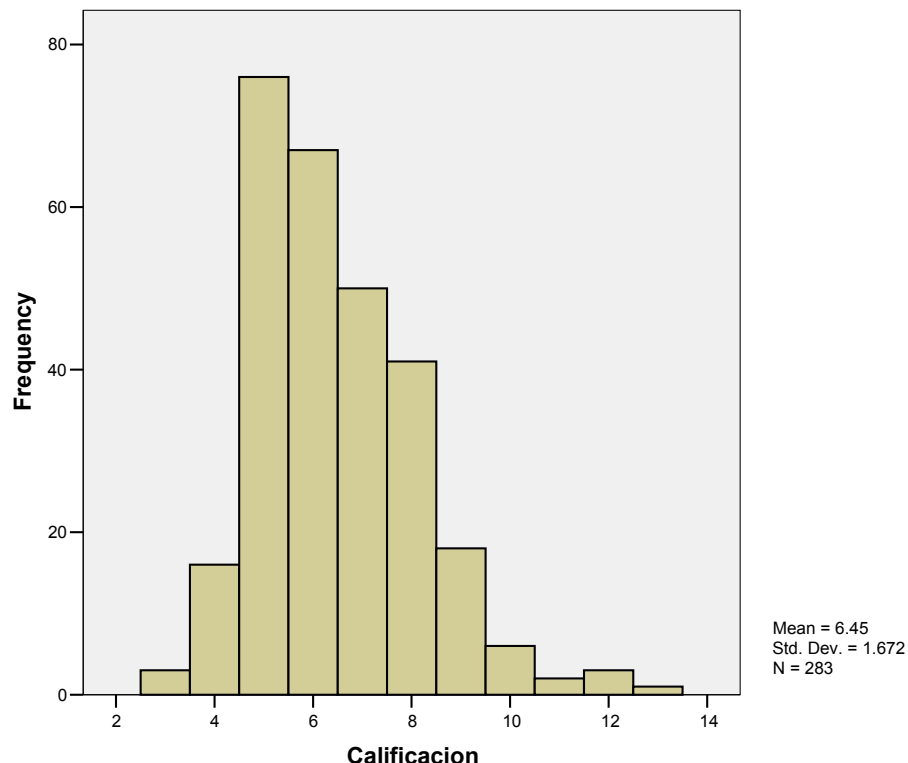
CASOS					
Estudiados		Rechazados		Total	
Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
283	95.6%	13	4.4%	296	100%

De acuerdo con los resultados del cuestionario GDS-15 y el análisis realizado con el programa SPSS versión 12; se encontró lo siguiente:

Participaron en el estudio un total de 283 pacientes que tenían una edad promedio de 72.7 años (rango: 31 años), 48% era de sexo femenino.

El promedio y la desviación estándar de respuestas contestadas positivamente en los cuestionarios aplicados fue de 6.45 ± 1.672 . Gráfica 1 (Promedio de calificación del cuestionario GDS-15).

GRAFICA 1. PROMEDIO DE CALIFICACIÓN OBSERVADA GDS-15



Fuente: Aplicación de 283 cuestionarios a personas que acuden a la CMF “Oriente- ISSSTE”

A 188 de los entrevistados (66.4%) se les encontró indicios de depresión ya que el punto de corte de respuestas positivas fue mayor de 5 ítems; tal como se ha recomendado por los autores de la GDS-15.

En 95 personas (33.6%) no se identificó puntaje superior al indicado por lo que se consideran sin depresión.

En la tabla 2, se presentan los resultados de la calificación observada por GDS-15. De estos datos se encontró que la mayor frecuencia de respuestas afirmativas correspondió a 5 ítems (26.9% de los casos), siguiendo las cantidades de 6 (23.7%), 7 (17.7%) y 8 (14.5%) ítems, para una frecuencia acumulada en este rango 5 – 8 ítems de (82.8%) y una frecuencia global de 234 casos.

TABLA 2.- RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN OBSERVADA POR GDS-15

NÚMERO DE CUESTIONARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
3	3	1.0	1.1	1.1
4	16	5.4	5.7	6.7
5	76	25.7	26.9	33.6
6	67	22.6	23.7	57.2
7	50	16.9	17.7	74.9
8	41	13.9	14.5	89.4
9	18	6.1	6.4	95.8
10	6	2.0	2.1	97.9
11	2	0.7	0.7	98.6
12	3	1.0	1.1	99.6
13	1	0.3	0.4	100.0
Total	283	95.6	100.0	

VIII.- DISCUSIÓN

Previo a la realización de este estudio, se llevó a cabo la revisión de hojas de consulta diaria de médicos de ambos turnos de la CFM Oriente –ISSSTE; del periodo de agosto de 2006 a enero de 2007 de la población objeto de estudio (personas de 65 años o más) que se diagnosticaron o han sido vistos en forma subsecuente debido a un cuadro depresivo tanto en la consulta general como en el área de psicología.

La información recabada durante esta revisión, arrojó los siguientes resultados (tabla 3):

**TABLA 3.- PACIENTES CON SÍNDROME DEPRESIVO ATENDIDOS EN LA CMF
“ORIENTE”- ISSSTE DURANTE LOS MESES DE AGOSTO 2006 – ENERO 2007.**

ÁREA	CONSULTAS				
	1ª. Vez		Subsecuente		Total
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
PSICOLOGÍA	0	4	0	13	17
CONSULTA GENERAL	1	1	13	33	48
TOTAL	1	5	13	46	65

Edad mínima = 65

Edad máxima = 97

El promedio de edad fue de 72.5 años

En la revisión de los documentos fuente, se observa que durante el periodo considerado, solo dos pacientes acuden en forma subsecuente a 6 consultas.

Esta breve revisión nos muestra que el síndrome de depresión en el adulto mayor de 65 años o más, es escasa o bien es un cuadro que pasa desapercibido y en consecuencia no se tratada oportuna y adecuadamente en el primer nivel de atención ⁽¹⁸⁾.

De acuerdo con los resultados reportados y considerando el punto de corte en la escala GDS-15 mayor de 5 como sugerente de depresión ^(10,24),

encontramos que el 66.4% de los pacientes que participaron en este estudio tiene indicios de depresión, sin considerar el grado de la misma, lo que coincide con lo que reporta la literatura ⁽¹⁰⁾.

La patología depresiva en el paciente anciano representa un importante malestar para el paciente, para la familia y para las instituciones en donde reside. Las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad, hacen que se diagnostique poco y como consecuencia no se le otorgue tratamiento.

Estudios longitudinales han comprobado que la presencia de síntomas depresivos en ancianos se asocia tanto con un mayor número de visitas al médico como con el uso de fármacos ⁽²³⁾.

El personal de salud en Medicina Familiar (médicos y enfermeras) se encuentra situado en el nivel de atención, relación y accesibilidad idóneo para establecer con mayor facilidad el estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo, pudiendo favorecer el diagnóstico precoz de los trastornos depresivos.

Para facilitar la detección de los cuadros depresivos, son de mucha utilidad cuestionarios que sean breves, fiables y de fácil utilización por parte del personal de salud en atención primaria.

En el ámbito de la depresión en el paciente anciano, es recomendable poder contar con cuestionarios enfocados a las particularidades de presentación de este cuadro en las personas mayores. Por este motivo se seleccionó el cuestionario GDS-15 en la realización de este estudio.

Hay que recordar que tanto éste como otros cuestionarios no deben ser considerados nunca como pruebas diagnósticas, sino como métodos de tamizaje rápido y, en todo caso, como una ayuda a la clasificación de pacientes susceptibles de ser evaluados con criterios más fiables.

La aplicación del cuestionario se realizó por personal médico y de enfermería que no había recibido ningún tipo de entrenamiento previo (únicamente las instrucciones adjuntas al cuestionario) y en las consultas normales de demanda programada.

El hecho de poder contar con un cuestionario de la brevedad del GDS-15, para su utilización en la práctica habitual en Atención Primaria, y que además por su sencillez pueda ser usado por todo tipo de personal sanitario, puede hacer que la detección y posterior diagnóstico de depresión en los pacientes ancianos sea más efectivo ⁽²³⁾.

IX.- CONCLUSIONES

El personal de salud de Atención Primaria está situado en el nivel de atención, relación y accesibilidad idóneo para evaluar con mayor facilidad el estado mental de las personas mayores, favoreciendo el diagnóstico precoz de los trastornos depresivos.

De la revisión de 6 meses del reporte de consulta diaria en la CMF Oriente-ISSSTE, podemos decir que la detección del síndrome depresivo en el adulto mayor fue muy baja por lo que se hizo indispensable la aplicación de un instrumento al través de cuestionarios para su detección temprana y que sean acordes a las particularidades de presentación de este cuadro en las personas mayores.

El GDS-15 es de fácil aplicación, requiere de algunos minutos para ser completado y ser aplicado por personal de salud. Se sugiere que esta aplicación puede ser más fácil en el módulo gerontológico que es el sitio donde frecuentemente acude el adulto mayor en las Clínicas del ISSSTE.

El médico de primer nivel debe conocer las manifestaciones clínicas de los principales trastornos mentales y servir de orientador con los individuos y la familia, y saber en que momento debe canalizar a los pacientes a niveles de atención especializados; favoreciendo el diagnóstico oportuno y seguimiento de los pacientes.

Se propone el uso del cuestionario GDS-15 a fin de disminuir el número de casos no detectados y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blazer DG. Síndrome en geriatría. España, Ed Doyma 1984: 3–18; 55–76
2. Programa de atención a la depresión disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conadic/depre-index.htm>
3. Kaplan HI. Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Baltimore Maryland. 8ª. Ed. Medica Panamericana 2000; 593 – 643.
4. Bello M, Puentes Rosas E Medina. Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en México. Salud Pub Mex 2005; 47(1): 54–511.
5. González AM, Sosa AO. Depresión en el anciano. Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo 1999; 1(2): 18 – 24
6. Alfaro A, Acuña M. Depresión en la atención primaria en adultos añosos. Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo 2000; 2 (3): 18 – 21
7. Van Der Cammon TJ, Exton SA, Rai GS. Manual Clínico de Geriatria. México DF. Ed manual moderno 1994; 53 – 61
8. Cerda D, López TH, Fernandez OC, López VM. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. Atención Primaria 1997; 19 (1): 32 – 43
9. De Santillana MS, Alvarado ML. depresión en población adulta mayor. Tamizaje en unidades de primer nivel de atención medica. Rev Med IMSS 1999; 37 (2): 111 – 115
10. De Dios del Valle R, Hernández SA, Rexach CL, Cruz JA. Validación de una versión de cinco ítems de la escala de depresión Geriátrica de Yesavage en población española. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 36 (6): 276 – 285
11. García ZT, López GJ, Roldan DI, Almeida AJ, Villalobos JA, d'Hyver DC. Fármacos inapropiados en el anciano: Una propuesta de clasificación. Medicina Interna de México 2005; 21 (3): 188 – 197
12. DMS-IV-TR. Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales. Barcelona España, Ed Masson 2005; 322 – 352
13. Lozano Cardozo Arturo. Introducción a la geriatría. 2ª Edición México, Ed. Fco. Méndez Cervantes 2000; 377 – 381
14. Orengo CA, Fullerton G, Tan R. Male depression: A review of gender concerns and testosterone therapy. Geriatrics 2004; 52 (10): 24 -29

15. Pando Moreno M, Aranda BC, Alfaro AN, Mendoza RF. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (3): 140 – 144
16. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. *Perfil del anciano de riesgo. Aten Primaria*; 2001; 27: 484 – 488
17. Zuleima C, Díaz CE, Campos A. exploración de la validez de constructo de la escala de Zung para depresión en adolescentes escolarizados. *Coloma Med* 2006; 37: 102 – 106
18. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26 (4); 1 – 16
19. García Campayo J. Detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Claves en salud mental* 2004; 1; 1 – 4
20. Benassini FO. La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental* 2001; 24 (6): 62 – 73
21. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RCh. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental* 2006; 29 (5): 66 – 73
22. Vargas Terrez BE, Fernandez Ortega MA. La psiquiatría en el primer nivel de atención. *Rev Fac Med UNAM* 1999; 42 (3): 114 - 117
23. Martínez de la Iglesia j, Onis Vilches MC, Albert Colomer C, Aguado Tabarné C, Luque Luque R. versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* 2002: 12(10): 620-630
24. Trinidad Hoyl, A Alessi C, O Harper J, R Josephson K. Development and testing of a five-item version of the geriatric depression scale. *J Am Geriatrics Soc* 1999; 47(7): 873-878
25. Travis LA, Lyness JM. Minor depression: Diagnosis and management in primary care. *Geriatrics* 2002; 57(5): 65-66
26. Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación* 06/01/1987: 98 – 113
27. Declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial. Disponible en <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinkirev.htm>

ANEXO (A)

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

FOLIO: _____ / consul: _____

FECHA: _____ / _____ / 2007

DETECCIÓN DE SÍNDROME DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR

I.- Consentimiento de PARTICIPACIÓN voluntaria.

La información que se obtendrá de esta encuesta será utilizada con fines de investigación, y para tratar de mejorar los servicios que se otorgan a los derechohabientes del ISSSTE, por lo que cuenta ya con la autorización para realizarse en esta unidad.

La información que Usted proporcione será de carácter confidencial y obtenida de manera voluntaria.

Este cuestionario explora su estado de ánimo solamente.

En caso de sentirse agredido(a) por alguna de las preguntas, Usted esta en libertad de no seguir contestando. ¿ Acepta usted contestar ? SI _____ NO _____

II.- DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F) Expediente: _____

III.- INSTRUCTIVO:

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas.

Marque con una "X" la respuesta correspondiente a cada pregunta; de acuerdo a como Usted se percibe.

Procure contestar TODAS LAS PREGUNTAS

IV.- ESCALA GDS-15

☐	¿ Está satisfecho con su vida ?	SI	NO
☐	¿ Ha renunciado a muchas actividades ?	SI	NO
☐	¿ Siente que su vida esta vacía ?	SI	NO
☐	¿ Se encuentra a menudo aburrido(a) ?	SI	NO
☐	¿ Tiene a menudo buen ánimo ?	SI	NO
☐	¿ Teme que le pase algo malo ?	SI	NO
☐	¿ Se siente feliz muchas veces ?	SI	NO
☐	¿ Se siente a menudo abandonado(a) ?	SI	NO
☐	¿ Prefiere quedarse en casa a salir ?	SI	NO
☐	¿ Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente ?	SI	NO
☐	¿ Piensa que es maravilloso vivir ?	SI	NO
☐	¿ Le cuesta iniciar nuevos proyectos ?	SI	NO
☐	¿ Se siente lleno de energía ?	SI	NO
☐	¿ Siente que su situación es desesperada ?	SI	NO
☐	¿ Cree que mucha gente está mejor que Usted ?	SI	NO
/			

¡ Muchas gracias por su valiosa PARTICIPACIÓN ¡

ANEXO (B)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DRA. MICAELA LÓPEZ ISLAS

TEMA: DETECCIÓN DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR

Actividad/ etapa	2006	Ene 2007	Feb 2007	Mar 2007	Abr 2007	May 2007	Jun 2007	Jul 2007	Ago 2007	Sep 2007	Oct 2007
Planeación del proyecto de investigación	XXX										
Marco teórico	XXX	XXX									
Materiales y métodos		XXX	XXX								
Registro y autorización del proyecto			XXX								
Etapas de ejecución de proyecto				XXX	XXX						
Recolección de datos				XXX	XXX						
Almacenamiento de datos				XXX	XXX						
Análisis de los datos						XXX					
Descripción de los resultados						XXX					
Discusión de los resultados						XXX					
Conclusiones del estudio							XXX				
Informe y revisión final							XXX				
Reporte final							XXX				
autorizaciones							XXX				
Impresión							XXX				
Solicitud de examen para titulación											XXX