



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12 TAMASOPO S.L.P.**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12 DEL IMSS EN  
TAMASOPO S.L.P.”**

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

**PRESENTA**

**MARIA DEL CARMEN ZÁRATE LEÓN**

**SAN LUIS POTOSÍ, SLP**

**2008**



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.

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 12 DEL IMSS EN TAMASOPO S.L.P.”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MARIA DEL CARMEN ZARATE LEON

AUTORIZACIONES

DR. HIPOLITO JIMÉNEZ RUÍZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES CON SEDE UMF No. 47, SAN  
LUIS POTOSI, S.L.P.

DR. HECTOR DE JESUS ANDRADE RODRIGUEZ

ASESORES METODOLÓGICOS DE TESIS

DRA. CATALINA RIVERA MARTÍNEZ

ASESOR CLÍNICO

MEDICO PSIQUIATRA

DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHÁVEZ

CORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45

San Luis Potosí, S. L. P

2008

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR No. 12 DEL IMSS EN TAMASOPO S.L.P.”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MARIA DEL CARMEN ZARATE LEÓN

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA  
CORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
CORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## TITULO

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR No. 12 DEL IMSS EN TAMASOPO S.L.P.”**

## INDICE

TITULO	4
INDICE GENERAL	5
ANTECEDENTES	6
MARCO TEORICO	10
FACTORES DE RIESGO	12
ETIOLOGIA	14
FISOIPATOLOGIA	18
COMPLICACIONES	23
MEDIDAS TERAPEUTICAS	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
JUSTIFICACIÓN	32
OBJETIVOS	34
METODOLOGIA	35
TIPO DE ESTUDIO	35
TAMAÑO DE LA MUESTRA	35
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
VARIABLES	37
MANEJO ESTADISTICO	38
RESULTADOS	39
DISCUSIÓN	40
REFERENCIAS	43
ANEXOS	46

## **ANTECEDENTES:**

A lo largo de la historia se han asociado la vejez y la depresión de diferentes maneras. A tal punto que se consideraban los síntomas clásicos de depresión como consecuencia inevitable de envejecimiento e incluso planteaban que cuando la melancolía se hacía crónica derivaba en una demencia. Planteaba Hipócrates médico griego nacido hacia el 460 A.c. su teoría de los humores donde la bilis negra era causa de la melancolía.

Llegando a la época de la Santa Inquisición donde se le atribuía a la brujería algunos síntomas asociados a la psicosis depresiva o melancolía involutiva de principios de siglo, puntualizaba elementos de la llamada depresión endógena, además de los histéricos y epilépticos. Fue Kraepelin, psiquiatra alemán (1856-1929) que a comienzos del siglo XX postuló sobre la base de sus observaciones- que las depresiones intensas no conducen a la demencia ni aun en la fase avanzada puesto que los cambios del humor aún los más severos podían darse en aquellas personas con procesos cognitivos intactos. Además de ser el primero en constatar que los pacientes con enfermedad cerebro vascular eran especialmente vulnerables a la depresión. (1)

Desde aquella época y aún hoy se sigue investigando y discutiendo acerca de la depresión a un que en la actualidad es una categoría bien definida dentro del ámbito médico. Debido a los cambios demográficos a nivel mundial-

aumento de personas mayores de 60 años, incremento a la expectativa de vida y sus trastornos asociados- el trastorno depresivo ha adquirido gran importancia. Rush durante el siglo XVIII establece las primeras descripciones clínicas mientras que Pinel y Esquirol hace una separación del concepto demencia de la locura y retraso mental. Esquirol lo describe así “El demente es un rico convertido en pobre, mientras que el idiota ha sido siempre pobre” Transcurría 1795 cuando Baille describe los aspectos de dilatación ventricular y Willis observan atrofia cortical además de otros hallazgos anátomo-patológicos en un grupo de dementes. (1; 2)

En 1822 Bayle describe la parálisis general pero casi un siglo más tarde se establece el origen sifilítico de la misma. Los comienzos del siglo XX fueron un periodo histórico fértil para la neurología general y las demencias en particular. Surgen investigadores de la talla de Binswanger (1894), Redlich (1898) y Wernicke (1900), Klippel y Lhermitte (1905), Pick (1894-1915). Onari y Spatz (1926) detallan diversas lesiones que dan origen a las posibles y disímiles etiologías de la depresión y demencia. Según Mejías y Cols. (2000) en España los estudios estadísticos revelan que la depresión presenta una prevalencia próxima al 4% en los hombres y 8% en mujeres de una tasa de incidencias del 4 al 8 por 1000 / personas –año.

Según Guerra Arteaga (2003), se han encontrado además algunos factores de riesgo como lo son: género femenino, bajo nivel educativo y económico el estado civil (ser soltero o divorciado), la existencia de acontecimientos vitales nuevos que resulten estresantes y carencia de apoyos sociales capaces de amortiguarlos entre otros. De acuerdo a la autora, en Perú las investigaciones relacionadas a la prevalencia de la depresión en la vejez varían según el tipo de metodología o criterio diagnóstico empleado.

Según datos que se basan en estudios de la población general la tasa de prevalencia de la depresión es de 5 al 6 % y en los mayores de 65 años ésta tasa aumenta, siendo superior en el sexo femenino. Entre el 10 y el 20% de estos mayores de 65 años hacen al menos un episodio depresivo. Importante es destacar aquí la tasa de suicidios (entre adultos mayores) que en el ámbito internacional fluctúa entre 17/100,000 y 40/100,000 siendo en Hungría la más alta y es la octava causa de muerte en EE.UU. En la mayoría de los países industrializados hay informes sobre un aumento del suicidio con el incremento de la edad.

Hay evidencias que existe un grupo de adultos mayores que inicia un trastorno depresivo tardíamente. El grupo de inicio tardío presenta diferencias con aquellos que iniciaron el trastorno en la adultez temprana. Su desarrollo podría estar expresando una forma de "depresión vascular". Esta está sostenida por la frecuencia de depresión con síntomas asociados a: hipertensión, diabetes, coronariopatías, presencia de depresión en los accidentes cerebro vasculares. La depresión en el ACV fluctúa entre el 30% y 65% en el primer año del accidente, entre aquellos pacientes con lesiones en hemisferio izquierdo en particular el polo frontal. No es muy conocida su causa, pero se piensa que tenga relación con la disrupción de las vías aminérgicas. Si hay evidencia de alteraciones bioquímicas según la localización de algunas lesiones (lesiones frontales y de ganglios basales. Alexopoulos (1997) plantea que la disfunción de las vías estriato-pálido-tálamo corticales puede dar lugar a la depresión. Pérzola (1998) revalida la teoría de la comorbilidad entre la patología general y los trastornos depresivos.

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica, los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumenta con la edad. Los trastornos del estado de ánimo y fundamentalmente la depresión tienen una elevada prevalencia en base a su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad, conllevan a una alta morbilidad tanto directa como indirecta “comorbilidad con otros procesos”

El episodio depresivo que se presenta en pacientes geriátricos puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60-65 años o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se caracterizan a una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos en forma clara y otros comprendidos de manera incompleta. (3).

Los episodios depresivos en pacientes geriátricos deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaba en gran modo la calidad de vida, ensombrece notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementa en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendidas, así mismo, se ha observado que un episodio depresivo en ancianos incrementa el riesgo de sufrir algunos problemas médicos como enfermedades cardíacas y neurológicas.

En los últimos años se ha incrementado en forma alarmante la presentación de los cuadros depresivos, problema médico severo que hace sufrir notoriamente al enfermo y a sus familiares, perturba las relaciones interpersonales y disminuye la productividad de la persona afectada. En casos severos este trastorno afectivo puede llevar al paciente hasta el suicidio. (3,4).

## **MARCO TEÓRICO:**

Definición: La depresión se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído en la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas. Se ha mencionado como el trastorno afectivo, que frecuentemente se presenta en la población adulta por su magnitud, se caracteriza como un problema de salud pública.

Su prevalencia varía entre 5 y 10 % en la población ambulatoria mientras que en la población hospitalizada varía entre 25 y 40 %, con predominio en el sexo femenino y con una frecuencia de casos nuevos por año de 13 %. (6).

Las personas deprimidas de edad avanzada tienen más probabilidades que las jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo, persecución, celos y melancolía. Así mismo. Los sentimientos de culpa, la ideación suicida y el suicidio pueden vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida. Las depresiones en los ancianos muestran en muchos casos, características especiales y en ocasiones, resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presentan. Es habitual que estén más interesados por la evolución de sus síntomas físicos frecuentes, que por su tristeza o melancolía.

## **FACTORES DE RIESGO:**

Los factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso. Sentimientos de abandono en la residencia, dificultades económicas o limitación de la posibilidad de uso del dinero, aislamiento o alejamiento de la red sociofamiliar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con incremento

del grado de estrés, adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar intimidad y autonomía y originar sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción. Junto a ellos, falta de objetivos vitales, aumento de la auto percepción de enfermedad y ansiedad ante la muerte, la existencia de enfermedades crónicas o el fallecimiento del cónyuge y la carga valoratoria de carácter negativo.

Los trastornos médicos pueden causar depresión en los adultos mayores, así como el abuso del alcohol, algunos fármacos y algunas drogas. Los factores psicológicos incluyen, entre otros la culpa y los patrones de pensamientos negativos.

**FACTORES DE RIESGO Y TRASTORNOS QUE PUEDEN CAUSAR  
DEPRESIÓN  
EN ADULTOS MAYORES.**

FACTORES PSICOLÓGICOS	Hipocondriasis, predominio de síntomas somáticos, ansiedad sentimientos de culpa o auto reproches, ideación suicida, alteraciones del sueño, agitación.
FACTORES NEUROLÓGICOS	Enfermedad. de Alzheimer, ELA, enfermedad. de Huntington, enfermedad de parkinson, esclerosis múltiple, enfermedad vascular (síndrome depresivo Postictus, demencia vascular en especial por infartos en Núcleos de la base, infarto cerebral silente, enfermedad. de Binswanger).
FACTORES ENDOCRINOS	Hipotiroidismo, hipertiroidismo apático, hiperparatiroidismo, enfermedad. de Cushing, enfermedad de Addison, hipopituitarismo.
INFECCIONES	Influenza, TBC, neurosífilis, hepatitis, HIV, herpes zoster.
INFLAMATORIAS	Lupus, arteritis de la temporal, artritis.
NUTRICIONALES	Desnutrición, hipo e hiperpotasemia, hipo e hipernatremia, Hipo e hipercalcemia, déficit de vitamina B12, folatos y tiamina.
NEOPLÁSICOS	Cáncer de mama, riñón, pulmón, ovario, páncreas, leucemia, linfoma.

CARDIOVASC	Post-infarto de miocardio, mío cardiopatía, insuficiencia Cardiac.
FARMACOS	Anti-HTA, BZD, neurolépticos, cimetidina, clonidina, Disulfiram, indometacina, levodopa, barbitúricos, Propanolol, corticoides, digital, estrógenos, progesterona Tamoxifeno.

## **ETIOLOGÍA:**

**Factores predisponentes:** (Estructura de la personalidad):

- a) Dependientes
- b) Pasivos-agresivos
- c) Obsesivos.

### **Factores contribuyentes**

- a) Socioeconómicas.
- b) Dinámica familiar.
- c) Grado escolaridad Actividades laborales y de recreación.
- d) Pertenencia a un grupo étnico específico.
- e) Formas de violencia.
- f) Jubilación.
- g) Comorbilidad orgánica y mental.

### **Factores precipitantes.**

- a) Crisis propias de la edad.
- b) Abandono.
- c) Sentimientos de desesperanza.
- d) Aislamiento.
- e) Violencia.
- f) Muertes de familiares y allegados.
- g) Pérdidas económicas.
- h) Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades.
- i) Discapacidades y disfunción habilidad.
- j) Dependencia.

La etiología psicosocial en la población adulta mayor tiene un papel Predominante sobre las causas biológicas y genéticas. Los síntomas cognoscitivos suelen ser los más importantes para identificar los cuadros depresivos en este grupo etáreo que se pueden presentar en forma monosintomática o polisintomática tanto dentro de los factores físicos y de ánimo o humor, enmascarada o secundaria a fármacos o patologías de base. En forma inicial es difícil establecer el diagnóstico por la variedad de síntomas existentes y es hasta etapas avanzadas cuando se pueden percibir los signos. (5,6)

Este síndrome puede producir por sí mismo discapacidad social y funcional tan importante como algunas enfermedades degenerativas crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar crónica y arterial coronaria). La depresión suele ser poco identificada por el médico familiar debido a su expresión tan abigarrada, además los pacientes tienden a minimizar los síntomas, por lo tanto la depresión es una enfermedad en la que los médicos familiares tenemos que estar familiarizados en el ámbito geriátrico donde encontramos mayor número de personas que la padecen de una forma encubierta. En la consulta diaria podemos revitalizar a estas personas desde un enfoque global que no desprecie ninguno de los roles que el adulto mayor desempeñaba antes de debutar esta perturbación del ánimo.

El término "depresión" se compone de tres realidades distintas: Un síntoma anímico, un síndrome (conjunto de síntomas covariantes), una categoría diagnóstica o cuadro clínico (además de la presencia de un síndrome y a que exige la congruencia de otras condiciones etiológicas, clínicas y evolutivas. (5) Hay cuatro síndromes depresivos "básicos": depresión mayor, depresión menor,

distimia y reacción depresiva. Hablar de depresión es hablar de muchas cosas, o de ninguna. Pero también está generando efectos de gran alcance, tanto en el terreno médico, como en el cultural, social, económico y político. (1, 3, 5,6).

La depresión en ancianos es para el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos un problema de gran magnitud para la salud pública. Se sabe que alrededor del 15% de las personas mayores de 65 años presentaron episodios de depresión en algún momento, En el mismo informe se destaca que al menos 25% de los participantes refirieron sentimientos de tristeza y melancolía en las últimas dos semanas y alrededor del 20% ha experimentado ideas persistentes de muerte en el mismo período. Por otra parte estudios realizados en establecimientos geriátricos indican que la incidencia de depresión en los mismos se acerca al 20% y que cuando coexisten otras patologías como enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc. los porcentajes crecen significativamente. (6,7)

A pesar de estas cifras, a menudo la depresión en ancianos no es diagnosticada o es medicada en forma insuficiente. Los expertos sugieren que existen algunas características particulares en este grupo de personas. Por lo general la depresión en el adulto mayor se manifiesta por sensaciones de tristeza persistente, ideas de ruina, pensamientos suicidas aunque atenuados en relación con los mismos síntomas en el joven en los cuales tienden a ser mas aparentes, mientras que en el anciano se observa más frecuentemente, fatigabilidad, dificultades en la concentración, insomnio y pérdida del apetito con disminución de peso; tales manifestaciones suelen ser confundidas por los familiares y los médicos con otro tipo de enfermedades asociadas a la vejez como Alzheimer, Parkinson, ictus o ataques de isquemia transitoria, según un artículo publicado en 1994 por el Journal of Clinical Psychiatry el 50% de los portadores de enfermedad de Parkinson y el 35% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer desarrollarán depresión clínica en algún momento.

Algunas de las medicaciones como los glucocorticoides, metildopa, reserpina y algunos beta bloqueadores que las personas mayores reciben habitualmente pueden generar efectos similares a la depresión o agravar los síntomas de esta. Las personas mayores padecen situaciones de pérdida más a menudo que ningún otro grupo, pérdida de la aptitud física y mental, pérdida del empleo, pérdida o muerte de amigos, pérdida de la independencia, muerte del cónyuge, anualmente 800.000 personas enviudan en los Estados Unidos y el 20% de ellas reúnen los criterios diagnósticos de depresión mayor. (7, 8, 9,10).

## **FISIOPATOLOGÍA:**

Tanto los factores genéticos como ambientales parecen jugar un papel importante en el origen de la depresión. Mientras ciertas personas parecen especialmente susceptibles y presentan cuadros depresivos ante mínimos estímulos ambientales, otras son mucho más resistentes y requieren de una gran presión externa para desarrollar los síntomas.

Las enfermedades crónicas o las discapacidades físicas, la pérdida del empleo, la separación, el estrés sostenido o muerte de un ser querido, constituyen circunstancias desencadenantes plenamente identificadas, en los últimos años han venido ganando terreno distintas teorías moleculares para explicar la depresión, en especial aquellas relacionadas con ciertos circuitos de neurotransmisores como serotonina y noradrenalina. Tales moléculas son conocidas como monoaminas y son compuestos derivados de triptofano y fenilalanina respectivamente. Estas sustancias dependen de ser liberadas en la Terminal presináptica, estimulan receptores específicos e inmediatamente sufren fenómenos de recaptación activa y degradación enzimática. Gracias a la acción de la enzima monoaminoxidasa (MAO) y catecol ortometil transferasa (COMT).

Todos los antidepresivos desarrollados hasta el momento ejercen su efecto por medio de tales receptores o bloqueando los procesos de degradación y recaptación. La fuente principal de noradrenalina se encuentra en las células del locus coeruleus estructura localizada en la región dorsolateral del puente. Tales neuronas envían proyecciones ascendentes hacia la mayor parte del encéfalo, en especial tálamo, hipotálamo, cerebelo, sistema límbico y corteza cerebral, las cuales ejercen marcada influencia sobre el nivel de conciencia, la memoria y el estado de ánimo entre otras funciones.

Existen 2 tipos de receptores, adrenérgicos (denominados  $\alpha$  y  $\beta$ ), ubicados en la membrana celular y relacionados con segundos mensajeros, dependientes de la activación de proteínas G. mientras que los receptores  $\alpha$  inhiben la adenilciclase, la variedad  $\beta$  tiene una acción estimulante de modo que aumenta la producción de AMP cíclico (AMPc). Circuito noradrenérgico. Las neuronas del locus coeruleus envían profusas proyecciones a la corteza cerebral y estructuras subcorticales, las cuales están implicadas en el ánimo, el sueño y el estado de alerta. Mediante diversos experimentos de biología molecular, se ha llegado a la conclusión que los receptores adrenérgicos, no constituyen poblaciones homogéneas sino, por el contrario, existen subgrupos perfectamente caracterizados. En la actualidad han sido identificados 3 subtipos  $\alpha$  ( $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$ , y  $\alpha_3$ ), y 3  $\beta$  ( $\beta_1$ ,  $\beta_2$ , y  $\beta_3$ ). Entre estos el más importante es el receptor  $\beta_1$  post sináptico, responsable de la acción biológica de la noradrenalina y el  $\alpha_2$  pre sináptico que funciona como un auto receptor encargado de regular la secreción del neurotransmisor. A su vez, la serotonina o 5 hidroxitriptamina (5-HT) es sintetizada por células localizadas en el núcleo del rafe dorsal, locus coeruleus, área postrema y área interpeduncular. Tales neuronas envían fibras ascendentes hacia la corteza cerebral, el sistema límbico, el tálamo, el hipotálamo y los ganglios basales. Dichas proyecciones intervienen de manera relevante en diversas funciones corticales y neurovegetativas como el estado de ánimo, el afecto, el nivel de conciencia, el apetito, la temperatura corporal y el sueño. Por otra parte regulan la producción de algunas hormonas como cortisol, prolactina y somatostatina. En la sinapsis noradrenérgica existen receptores adrenérgicos pre y post sinápticos, ejerciendo importantes efectos intracelulares, mediados por segundos mensajeros. (11).

**Clasificación clásica:**

- Depresiones endógenas (primaria). Estas depresiones van de adentro hacia fuera, se relacionan con una vulneración específica del propio paciente. El término endógeno debe entenderse como la manifestación depresiva sin una causa que al menos en apariencia la justifique. Es una característica propia del depresivo endógeno en una fase de normalidad del estado de ánimo, responder con entereza y sosiego, en una fase depresiva son incapaces de enfrentarse a estas mismas dificultades e incluso a otras de menor peso. Estas reacciones de ánimo y de la importancia de los acontecimientos puede variar de individuo a individuo y de una raza a otra aun de un nivel sociocultural a otro.
- Depresiones somatógenas. Estas tienen causas orgánicas demostrables, la depresión puede ser parte de procesos infecciosos, enfermedades como cáncer, por lo que es necesario tratar antes la causa primaria, aún cuando persista la depresión una vez eliminado lo que la provocó. Puede que el trastorno orgánico quede resuelto pero persisten las manifestaciones depresivas, entonces debe tratar la depresión como una entidad independiente.
- Depresión psicógena. Son originadas por causas psíquicas o ambientales, por fuertes tensiones, por componentes psicosociales. Hay cierta predisposición, al individuo, a desarrollar unas u otras manifestaciones al margen de la causa que la desencadena. Existe un límite propio para soportar fuerte tensión y que más allá de éste límite es probable que aparezcan manifestaciones psiquiátricas o psicológicas. (16).

#### **Clasificación actual:**

- Primarias. Son las que no están ligadas a otra enfermedad médica o psiquiátrica. Aparecen de manera autónoma. Las subdivisiones son de acuerdo a su sintomatología y su gravedad.

- Primarias unipolares: se presentan en fases cuando no se remedian a los intervalos de normalidad, siguen fases depresivas con duración de la fase como el tiempo que transcurre entre una y otra varía de un individuo a otro. En algunas el episodio dura solo un momento en otras se vuelve crónico con el paso de los años. Suelen aparecer a partir de los 30 años de edad.
- Primarias bipolares: las fases depresivas alternan con intervalos de normalidad, pero también con episodios maníacos. En la otra cara de la moneda de la depresión, los pacientes se muestran eufóricos, expresivos, son imperativos, se entregan a la verborrea, hacen gestos excesivos, se comprometen a hacer tareas irrealizables y se muestran irascibles cuando se les lleva la contraria. En caso de llegar a la agitación, a las ideas delirantes, alucinaciones. Se ha visto que los pacientes son susceptibles de desarrollar un cuadro de primera fase depresiva cuando: El inicio de la enfermedad es antes de los 25 años, cuando existen antecedentes familiares de la enfermedad bipolar y cuando hay una respuesta maníaca tras el tratamiento con antidepresivos, el pronóstico es peor que en los unipolares ya que los bipolares son más inestables.
- Secundarias. Son las relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas.
- Depresiones primarias mayores. Alude al nivel de gravedad de la depresión y puede ser unipolar o bipolar, en esta última se trata de maniaco-depresiva.
- Depresiones primarias menores. También esta en relación al grado de gravedad y se aplica a las depresiones unipolares y bipolares. Las depresiones menores no presentan un cuadro sintomático muy completo. Se prolongan más con el tiempo y se pueden confundir con rasgos de personalidad de los individuos que las padecen o con una simple desmoralización a raíz de situaciones conflictivas. También son llamados

ciclotímicos o alteraciones cíclicas del estado de ánimo, mimetizan el trastorno maniaco-depresivo, pero con menor intensidad sintomática. (12,13,14,15,16).

## COMPLICACIONES:

Las más serias son el suicidio y otro tipo de auto agresión, es posible que sea necesario hospitalizar al paciente en caso de tener pensamientos suicidas, así mismo, se debe considerarse la seguridad de los demás y otras complicaciones como:

- Delirio.
- Disfunción cognoscitiva
- Dolor
- Estreñimiento
- Fatiga
- Sudoración y crisis vasomotora
- Neuropatía
- Perdida de pelo
- Prurito
- Síndrome de la vena cava superior
- Síndromes cardio pulmonares
- Síntomas de la piel
- Síntomas digestivos
- Anorexia
- Depresión
- Nauseas y vomito
- Toxicomanías
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del sueño (17).

## TRATAMIENTO INTEGRAL

En la depresión, el hecho de no tratarla o de hacerlo en forma inadecuada produce una serie de daños en el sujeto que la padece que se expresan en diferentes áreas:

En el área psicosocial, la depresión produce un gran sufrimiento personal y familiar y, además, tiene una importante repercusión sobre la vida social y laboral. La Depresión no tratada se asocia con un aumento de morbilidad y mortalidad. Esto quiere decir que la persona con una depresión tiene mayores riesgos de sufrir enfermedades de tener fracasos terapéuticos si recibe tratamiento por otra enfermedad concurrente. También significa que la probabilidad de morir está aumentada debido a un aumento del riesgo de suicidio de sufrir accidentes o complicaciones fatales de otra enfermedad, o por el desarrollo de otras enfermedades que favorecen a la depresión como el alcoholismo y el abuso de sustancias (drogas legales o ilícitas). (18).

Cuanto más rápido actúe el tratamiento menos tiempo durará el episodio depresivo, lo que repercutirá en el pronóstico de la enfermedad a largo plazo. Los medicamentos antidepresivos son los que mejor cumplen los criterios los criterios de una terapéutica adecuada. Los argumentos en los que se basa esta afirmación son los siguientes entre otros:

La eficacia: es un primer tratamiento, usando dosis adecuadas por un tiempo correcto, el 80% de los pacientes se benefician de una mejoría importante o total. La rapidez de acción: la respuesta terapéutica es rápida; en general, en dos semanas los antidepresivos pueden producir una mejoría evidente (en un 25% de los pacientes ésta puede ser total) y entre cuatro a ocho semanas de tratamiento, la mejoría es muy importante o total para la gran mayoría de los pacientes. Los antidepresivos han demostrado en numerosos estudios tener una eficacia en el tratamiento prolongado; por un aparte estabilizando la respuesta terapéutica, es decir evitando que durante el tratamiento de un episodio exista una recaída (primeros seis meses) y por otra parte evitando

nuevos episodios depresivos en el futuro o dicho de otro modo, disminuyendo la probabilidad de la recurrencia. Se puede afirmar que los fármacos antidepresivos son el pilar fundamental del tratamiento, pero no el único. En la actualidad la mayoría de expertos coinciden en señalar que el tratamiento de la depresión se debe realizar la combinación del tratamiento farmacológico y la intervención psicoterapéutica. (19).

Los principios generales del tratamiento pueden centrarse en los siguientes puntos: La información al paciente sobre las características de la enfermedad y la eficacia del tratamiento antidepresivo. Alrededor del 60-70% de los pacientes responden a la primera medicación. Un buen conocimiento de un pequeño número de antidepresivos de distintos grupos farmacológicos.

Cuando se pauta un tratamiento antidepresivo se debe informar acerca de la demora (Periodo de latencia) en la acción del fármaco (entre 2 a 3 semanas) así como de los posibles efectos secundarios. (19).

El tratamiento antidepresivo inicial debe mantenerse entre 6-8 semanas a dosis adecuadas antes de considerar que no es efectivo. (20). Si no hay respuesta con el tratamiento antidepresivo inicial con las dosis y la duración adecuadas, considerar el cambio a otra medicación de distinto perfil farmacológico y mantener de nuevo durante 4-6 semanas con dosis terapéuticas.

Si en el segundo intento terapéutico no hay una respuesta favorable considerar la derivación al especialista. Si el paciente ha respondido favorablemente (remisión completa), mantener el tratamiento a la misma dosis durante un período de 6 a 12 meses. En el caso de que se trate de un paciente con tres o más episodios depresivos considerar el mantenimiento terapéutico a largo plazo o indefinido. (21).

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

- Antidepresivos triciclicos (ADT): Iniciar con dosis bajas (25-50 Mg. /día), aumentado progresivamente la dosis hasta llegar a los 150 Mg. /día (dosis terapéuticas mínimas), si es necesario aumentar hasta dosis terapéuticas máximas. Precaución en pacientes con hipertrofia de próstata, glaucoma de ángulo estrecho e infarto del miocardio, no en arritmias cardíacas lentas ni durante el embarazo.
- Inhibidores de la enzima monoamino oxidasa (IMAOS): Tienen una alta posibilidad de inducir a interacciones medicamentosas, por lo que son difíciles de manejar, otra desventaja es que se requieren de 2 a más dosis diarias e incrementar progresivamente.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Es la opción terapéutica de primera línea en el campo de la depresión, actualmente se dispone de 5 fármacos pertenecientes a esta familia de ISRS (Fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram), cuenta con menos efectos adversos que los ADT, su tasa de mejoría clínica es del 65% con tiempo similar a los ADT, menos toxicidad, menos interacción farmacológica, facilidad de manejo.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN): Este grupo es representado por la venlafaxina, su vida media es de 3-5 horas sin embargo en la actualidad se dispone de 2 presentaciones retard (75 y 150 mgs.) que permite una toma única.
- Antagonistas e inhibidores de la 5HT (SARI): En este grupo se encuentra la Trazodona y la Nefazodona la dosis recomendada esta entre 100 y 600 mgs/día.
- Antagonista NA y 5HT (NaSSA): Lo representan la Mianserina y la Mirtazapina con una dosis entre 15 y 45 mgs/día se recomienda iniciar con la dosis mínima.
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina (NARI): Representados por la Reboxetina.

## **INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS:**

- Aproximación psicoterapéutica. También llamado Psicoterapia de apoyo y es ampliamente utilizada debe adaptarse a cada individuo en un marco de una buena relación médico-paciente.
- Psicoterapia psicodinámica. Pretende aliviar los síntomas permanentes, reducir las ganancias secundarias y ayudar al paciente a adaptarse a las circunstancias de la vida.
- Terapia Interpersonal. Efectiva en el tratamiento de los episodios leves y moderados de la depresión mayor.
- Terapia cognitiva. Técnica centrada, dirigida, estandarizada y limitada en tiempo que intenta corregir las cogniciones o pensamientos distorsionados que se cree causan la depresión.

## **OTRAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS:**

- Privación del sueño. Aún no se establece su valor clínico.
- Ejercicio Físico. Se compara con la psicoterapia con buena respuesta en depresión leve y moderada. (11,18).

## **PAPEL DEL MEDICO FAMILIAR:**

Si tomamos en cuenta que en el grupo de edad del adulto mayor existe una gran gama de alteraciones a nivel de la dinámica del núcleo familiar debido a que ni el adulto mayor ni la familia se preparan para las pérdidas generadas por el envejecimiento y es que en esta etapa de la vida el individuo pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios, este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años, sin embargo debemos de entender que el envejecimiento es inevitable, pero la calidad de este dependerá en gran medida de cómo se haya vivido en el pasado. Todo lo anterior puede generar depresión en el anciano, por lo que es importante que el médico familiar esté atento ante la presencia de este cuadro para poder incidir en la interacción del anciano con su familia, evitar la polifarmacia y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Para valorar la depresión en el adulto mayor tenemos que acudir con lo que se cuenta, sumando al conocimiento del Médico familiar es en la actualidad relativamente poco complicado, pero para eso se debe de estar atento a la presencia de factores individuales, familiares, ambientales así como los antecedentes del paciente ante la presentación de síntomas sugestivos de depresión.

Sin embargo, algunos autores refieren que los médicos de familia y otros clínicos tienden a pasar por alto la depresión en pacientes de su misma cultura. Los estudios en los que se compararon los diagnósticos de los médicos generales mediante entrevistas semi-estructuradas aceptables, han demostrado que dichos médicos solo identificaron la mitad de los casos de depresión. Un estudio reciente demostró que los médicos generales detectaron a una gran mayoría de los pacientes ancianos con depresión. Las deficiencias reflejan probablemente la falta de conocimiento acerca de las muchas formas de

presentación de la depresión y en un entrenamiento insuficiente en los métodos de entrevista.

Funciones del Médico Familiar. Dentro de éstas, está el ayudar a la familia a asimilar el impacto generado por la presencia de cuadro depresivo en el anciano respetando el tiempo y las características de enfrentamiento propias, de no hacerlo se corre el riesgo de provocar el rechazo y estimular la dependencia. En base a lo anterior se deberá: escuchar en forma activa, evaluar el impacto de la enfermedad depresiva así como el efecto generado dentro del núcleo familiar y en forma individual en cada uno de los integrantes, se deberá tomar en cuenta los antecedentes de otras crisis anteriores que nos permita conocer la forma en como enfrentó la familia en el pasado dichos problemas y cuales fueron las formas de solución de los mismos, como cambio la dinámica familiar después de una crisis y el tiempo de solución del problema, siendo estos tal vez los aspectos más importantes.

Las dos áreas de trabajo del Médico Familiar son la educación sobre la enfermedad y facilitar cambios en la estructura del grupo familiar, abordando su aspecto relacional, estimulando el desarrollo de sus capacidades y alentando proyectos personales. (19, 20,21,)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La depresión en el anciano es una entidad patológica frecuente, por lo que en base a que en la unidad de medicina familiar No. 12 (IMSS) de Tamasopo S.L.P. existe una alta demanda de consulta del adulto mayor y a que la población adscrita en ese grupo de edad (mayores de 60 años) es de 1648 (881 hombres 53.45 %, 767 mujeres 46.54 %) se considera necesario realizar un estudio para determinar la Frecuencia de depresión en el Adulto mayor, debido a la baja incidencia de este diagnóstico ya sea por dar mas importancia a otro tipo de patología crónica. De ello se hace necesario indagar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la Frecuencia de depresión en la población derechohabiente mayor de 60 a 80 años de edad en la unidad de Medicina familiar No 12 del IMSS en Tamasopo?

## **JUSTIFICACION:**

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales, afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo con una prevalencia estimada del 15 al 25 % pudiendo llegar al 40%, siendo mayor en mujeres. De 10 a 20 % de los pacientes que acuden con el Médico Familiar y el 50% de los pacientes vistos por el Psiquiatra son por depresión. El 80 % de los pacientes deprimidos, no reciben tratamiento y de 20-30 % de pacientes deprimidos responden mal al tratamiento administrado. Una de cada cinco personas tienen riesgo de padecer depresión en algún momento de su vida y una de cada quince tiende a ser tan grave que requiere hospitalización. El rango de suicidios en personas severamente deprimidas es del 15 %.

La atención del Médico Familiar en la consulta del anciano ó Adulto Mayor debe de estar orientada a lo preventivo, tomando en cuenta que es un grupo de edad altamente vulnerable a cuadros depresivos, por lo que antes de iniciar un manejo farmacológico en muchas ocasiones con poli-fármacos, se deberá de pensar en ésta entidad nosológica y para que el manejo sea integral, se deberá involucrar a la familia. Por lo anterior es importante conocer la frecuencia de depresión en el anciano.

Lo que facilita la identificación de los casos de depresión son las encuestas realizadas a los pacientes, también se cuenta con el censo de población para tomar en cuenta con cuantos pacientes adultos mayores por grupo de edad y sexo vamos a contar y saber cuantos acuden a consulta.

## **UTILIDAD DEL TRABAJO:**

Es importante conocer la situación real de la unidad sobre la frecuencia de pacientes con depresión en el adulto mayor ya que ayudara al medico familiar

sobre los casos identificados establecer un plan de manejo individualizado para cada paciente.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar la frecuencia de la depresión en el adulto mayor de (60 a 80 años de edad y sexo y los factores de riesgo asociados, en la población derechohabiente en la U.M.F.H. No. 12 de Tamasopo San Luis Potosí.

### ***ESPECÍFICOS***

- Determinar la frecuencia de depresión en el adulto mayor por edad y sexo.
- Determinar la asociación entre la edad y la depresión en el adulto mayor.
- Determinar la asociación entre el sexo y la depresión en el adulto mayor.

## **METODOLOGIA:**

### **Tipo de estudio.**

Transversal, Comparativo.

### **Tamaño de la muestra.**

Teniendo una población de 1648 derechohabientes mayores de 60 años en la unidad medica familiar No. 12 (IMSS) Tamasopo San Luis Potosí, según indica la pirámide poblacional de la clínica, y siendo este grupo, el más vulnerable a la depresión. El cálculo del tamaño de la muestra se realizará de acuerdo a la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{e^2} = \frac{3.84 (0.0475) (0.1824) (1648)}{0.025^2} = 72.96$$

N= Universo. (Población adulto mayor).

n= Tamaño de la muestra.

Z= Nivel de confianza 95-100% (95).

e= Error de estimación 5% 0.05

P= Probabilidad a favor 0.4

q= Probabilidad en contra 0.6

Con los datos mencionados previamente se obtiene un resultado de 72 pacientes a revisar. La toma de muestra fue no probabilística. La correlación de los datos se efectuó 4 meses de octubre del 2005 a enero del 2006.

**Criterios de Inclusión.**

Todo paciente mayor de 60 años que acuda a consulta sin importar padecimiento actual.

Pacientes de ambos sexos.

Paciente mayor de 60 años y más.

**Criterios de Exclusión.**

Pacientes menores de 60 años.

Pacientes que estén dados de baja.

Pacientes que no sean derechohabientes.

## VARIABLES EN ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPRESION	Sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro.	Sentimiento Persistente sin interés.	Ordinal de acuerdo a puntaje. 1.-sin depresión 2.-leve 3.- moderado 4.- severo
SEXO	Diferencia física y Constitutiva del hombre y la mujer.	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.	Nominal Masculino femenino
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde Nacimiento.	Edad en años cumplidos.	Continua 1.- 65-69 años 2.- 70-74 años 3.- 75-79 años 4.- 80 y +

## **MANEJO ESTADÍSTICO**

Se realiza análisis descriptivo de variables calculando frecuencias absolutas y relativas así como asociación a través de Frecuencias mediante la ayuda del programa estadístico SPSS.

## **CONSIDERACIONES ÉTICA**

La correlación será tomada de los datos obtenidos en las encuestas explicando a los pacientes en que consiste dicho estudio y por lo que se necesita una carta de consentimiento informado para que sea firmada por el paciente de aceptación.

### **RECURSOS:**

Humanos: Investigador.

Asesores metodológicos.

Médicos Familiares adscritos a los TM y TV

Materiales: Computadora.

Programas Word, SPSS 13.

Papelería.

Financieros: Propios del Investigador.

## RESULTADOS

Para dar mayor índice de confiabilidad a este trabajo se aplicaron 100 evaluaciones a los pacientes en lugar de los 72 requeridas. Una vez aplicada la escala de Zung y procesados los resultados en el programa SPSS 13 se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación a la frecuencia de la edad (ver grafica 1), que forma parte de un objetivo del presente trabajo, se obtuvo que la mayoría se localiza en el rango edad mayor a 80 años alcanzando el 31% del total de la muestra. Con una gran diferencia le siguen los pacientes de 60 a 65 años con un 23%. El restante 46% se divide en tres rangos; de 66 a 70 años con el 19%; y con igual cantidad de 71 a 75 años y de 76 a 80 años con el 13% respectivamente.

Uno de los objetivos específicos de este trabajo es determinar la frecuencia del género en los pacientes. Al respecto se observa que si hay una marcada tendencia hacia los hombres quienes engloban el 60% de la muestra en relación al 40% de las mujeres. Sin embargo esto no afecta el estudio pues se obtuvo una desviación estándar del ,492 (ver grafica 2).

Según la escala de Zung adoptada para este estudio se contemplan 4 tipos de depresión en los sujetos adultos mayores; la ausencia de depresión (nula); la depresión baja; la depresión media y la depresión alta. Para tener una mejor visión de los resultados obtenidos se estratifica cada una de las 4 categorías anteriores en cuatro estados. Así se puede ver por ejemplo que la depresión baja tiene 4 etapas: Depresión baja 1 que comprende de los 21 a los 25 puntos; depresión baja 2 de los 26 a los 30 puntos; depresión baja 3 de los 31 a los 35 puntos y depresión baja 4 de los 36 a los 40 puntos. Esta estratificación se hizo con los tres tipos de depresión restante en la misma proporción.

El objetivo general de esta investigación es ver el tipo de depresión presente en los derechohabientes de la clínica. Siguiendo el parámetro anterior se recogieron los siguientes resultados; el 72.5% de la muestra presenta depresión media divididos de la siguiente forma: 52.5% media 1, 18.8 media 2 y 1% media 3. El 27.5% restante esta situado en el nivel de depresión baja tendiendo a media pues el 27% esta en depresión baja 4 (ver grafica 3).

Al analizar el cruce de las variables edad y género los resultados obtenidos son solo indicativos. Se puede observar que las mujeres están en número por debajo de los hombres salvo en el rango de 76 a 80 años (ver grafica 4).

Donde se obtienen datos importantes es al examinar la asociación de la edad y el tipo de depresión presentes en los pacientes; lo cuál es uno de los objetivos específicos de este trabajo. Del 27% con depresión baja el 22% esta situado en los rangos 60 a 65 y 66 a 70 años. Mientras que del 73% con depresión media un 43% es mayor de 76 años. El mayor porcentaje alcanzado según el rango edad de presencia de depresión lo ocupan los mayores de 80 años con un 32% del total (ver grafica 5).

El último objetivo a cubrir en este trabajo es la asociación entre el sexo y la depresión al respecto se encontró lo siguiente (ver grafica 6): en todos los tipos de depresión se ve una clara tendencia que indica que los hombres tienen mayor depresión que las mujeres.

## **Discusión**

En el análisis de los resultados se observa que más del 50% de la muestra se ubica en los pacientes de 60 a 65 años y los mayores a 80. Resalta el hecho último, pues la mayoría son mayores de 80 años. Si bien este dato nos puede llamar la atención no es sorprendente pues se debe considerar que al ser una comunidad rural los pacientes adultos mayores atendidos en la clínica son

principalmente de edad avanzada ya que en este tipo de localidades se considera normal una edad productiva en hombres y mujeres hasta los 70 años.

Para responder la pregunta de investigación se puede precisar que en la clínica 12 del municipio de Tamasopo los adultos mayores si presentan algún tipo de depresión en lo general y se puede ver una clara tendencia de que a mayor edad mayor presencia de depresión. Sin embargo hay dos rangos donde la presencia de depresión es mayor en gran cantidad entre los 60 y los 65 años y los mayores de 80 años.

Esto reafirma en parte lo expresado por Beatriz Martínez en su trabajo de 1992. Donde indica que existe una prevalencia alta de depresión en adultos entre los 60 y los 65 años de edad, a lo cual ella llamo "trastorno depresivo de inicio temprano". Y luego se presenta el tardío en gran cantidad en los adultos mayores de edad avanzada (3). Esta característica se emulo en este trabajo según se observa en los resultados obtenidos. Se puede precisar que los tipos mas graves de depresión tienen una clara relación con la edad entre los 60 a 65 años y los mayores de 76 años.

Queda para posteriores investigaciones determinar si existen más factores asociados a esta relación o si existe algo en común que detone esta presencia de depresión en los adultos mayores del programa en dichos rangos de edad.

No obstante la diferencia en el número y las proporciones se aprecia en los resultados una clara relación entre el genero y el tipo de depresión presentes. Los estados de depresión más altos se orientan hacia las mujeres. Mientras que los estados de depresión más bajos se ubican hacia los hombres. Por lo cual se puede determinar una relación entre género y depresión notable.

El dato recabado sobre la relación sexo y depresión es valido, pero aun queda más trabajo por hacerse. En especial el determinar si al tener la misma cantidad

de hombres que de mujeres se confirma este dato. Sin embargo si se puede confirmar lo dicho por Guerra Arteaga (2003) quién indica que el género es un factor diferenciador para la presencia de depresión en los adultos mayores. Ya que a pesar de la desventaja numérica se confirma el dato del estudio realizado en el IMSS en 1999 con un mayor predominio femenino (6).

Los datos encontrados en este trabajo se presentaran a las autoridades correspondientes para que se puedan emplear en beneficio de la comunidad y de la clínica. Queda aún más por hacer al respecto pero se tiene confianza que lo obtenido en esta investigación coadyuve a mejorar la calidad de atención y de vida en los adultos mayores de la clínica 12 del municipio de Tamasopo San Luís Potosí.

## REFERENCIAS

1. Menchón JM, Crespo JM, Antonio JJ. Depresión en ancianos en curso de formación continuada en geriatría. Barcelona: Doyma, 2004. ISBN 84-7592-756-4.
2. Campos A, Curso y Pronostico de la Depresión en el Anciano. MEDUNAB; 2001. p. 192-196.
3. Martínez Pascual Beatriz, Factores de Riesgo en la Salud Mental En Ancianos De La Isla Gran Canaria, ISSN 1134-5306, Nº. 21, 2003, pags. 51-58.
4. Zerragoiti Alonso. Depresión en la Tercera Edad. Revista Electrónica de Geriatría y Gerontología vol. 5, No. 2, año 2003 <http://www.geriatrianet.com>.
5. C. Miranda Fernández-Santos. Depresión en el Anciano. Medicina General 2002; 40: 28-31.
6. Revista Medica del IMSS, mar/abr 1999, Vol. 37 Issue 2, p111, 5p.
7. Diagnostic And Statistical Manual of Mental disorders, Fourth Edition, Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
8. Reed Kathlyn L. Quick Reference to Occupational Therapy, Second Edition. Aspen Publish, inc. 1991.
9. Rosa Matilla Mora. Rev, Esp Geriatr Gerontol, 2001; 36(3): 127-130.
10. Salgado Alba, Guillen Llera, Díaz de la Peña. Tratado de Geriatría y Asistencia Geriátrica. Barcelona; Salvat, 1986 pp. 41-52.
11. Receptores moleculares: la nueva frontera, ILADIBA® ISSN 1657-5628 © Copyright EMSA 1999 – 2002. Tomado de: Journal of Clinical Investigation 98:556-562 (Julio) 1996 y Circulation. 1996; 94:182-189.
12. Ayuso, J.L, Saiz,J,; "DEPRESIÓN, VISIÓN ACTUAL"; Ed. Biblioteca Aula Médica, Madrid, España; 1997; Genética y la depresión, p,p. 27-47.
13. Gálvez Flores Juan F. Psiconeuroendocrinología de la depresión, p,p. 51-74; Instrumentos de medida de la depresión, p,p. 97-117.

14. Sabanés, F; "LA DEPRESIÓN"; Editores EMEKÄ; Barcelona, España; 1990; La depresión: definición y clasificación, p,p. 23-47; Factores relacionados con la depresión, p,p. 53-73.
15. "DSM-IV, MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES"; editorial Masson; Barcelona, España; 1996; p,p. 1-2.
16. Lee Hall, L; "GENETICS AND EMNTALILLNES, EVOLVING ISSUES FOR RESEARCH AND SOCIETY"; Editorial Plenum Press; U.S.A.; 1996.
17. TRASTORNOS AFECTIVOS EN DIFERENTES CULTURAS"; OMS; Publicación Científica Número 458; México; 1983; p,p. 111-123.
18. Alonso-Fernández, Francisco, La depresión y su diagnóstico, Nuevo modelo clínico, Editorial Labor, 1ª. Edición, 1988.
19. Müller SF, Hock C. Clinical presentation of depression in the elderly Gerontology 1994; 40 (Suppl 1): 10-14.
20. TECNOCIENCIA, JULIO 2005, 1-6. <http://www.tecnociencia.es>.
21. IAN R. McWHINNEY; "MEDICINA DE FAMILIA", Editorial EdiDe, Barcelona, España, 1995; p,p. 270-272.
22. Huerta, J.L., "MEDICINA FAMILIAR" La Familia en el Proceso Salud Enfermedad, Editorial Alfil, 2005, p,p. 129-133.
23. Angst J. Epidemiología de la Depresión. Psychopharma col 1992; 106: 71-74. NIH consensus development panel on depression in late life. Diagnósis and treatment of depression in late fife. JAMA 1992, 286 (8) 1018-1024.
24. Raskind MA. Depresión in the elderly. Can J Psychiatri 1992; 37 (1): 4-6.
25. Reynolds CHF. Reconición and differentatión of elderly depresión in the clinical setting. Geriatrics 1995; 50 (Suppl 1): 4-15.
26. Kanawsky S. Age-dependent epidemiology of depresión. Gerontology 1994; 40 (Suppl 1):1-4.
27. Stewart JT. Diagnósis and Treating depresión in the hospitalizad elderly. Geriatrics. 1991; 46 (1): 64-72.

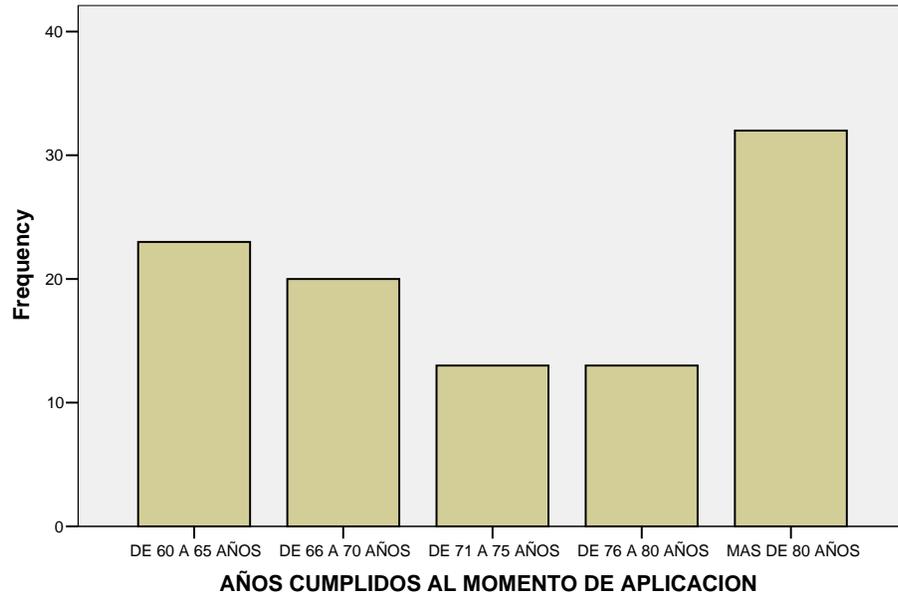
28. Katona, CLE. Approaches to the management of depression in old age. *Gerontology* 1994; (Suppl 1): 5-9.
29. McCullough PK. Geriatric depression: Atypical presentations, hidden meanings. *Geriatrics* 1991; 46 (10): 72-75.
30. Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tierney WM, Longitudinal study of depression and health service use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42 (7): 833-838.
31. Ferentz K. The primary care setting managing medical comorbidity in the elderly depressed patient. *Geriatrics* 1995; 50 (Suppl 1): 25-31.
32. Lyness JM, Cox CH, Curry J, Conwell Y, King DA, Caine DE, older age and the underreporting of depressive symptoms. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43 (3): 216-221.
33. Devons CAJ. Suicide in the elderly: How to identify and treat patients at risk. *Geriatrics* 1996; 51 (3): 67-73.



## ANEXO 1

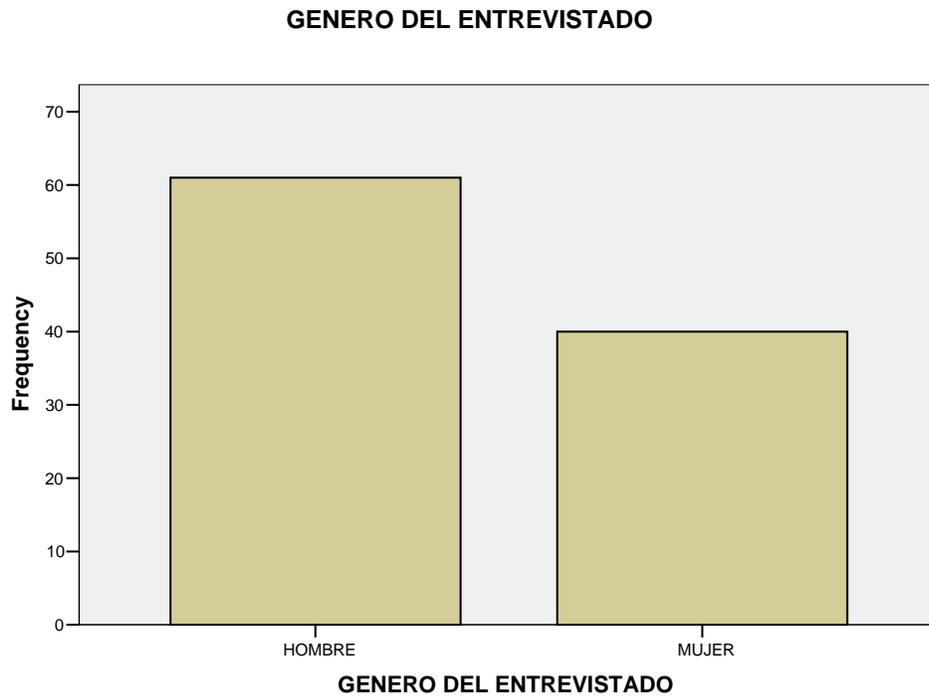
### GRAFICA 1 FRECUENCIA EDAD

#### AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE APLICACION



		Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
Valido	DE 60 A 65 AÑOS	23	22,8	22,8	22,8
	DE 66 A 70 AÑOS	20	19,8	19,8	42,6
	DE 71 A 75 AÑOS	13	12,9	12,9	55,4
	DE 76 A 80 AÑOS	13	12,9	12,9	68,3
	MAS DE 80 AÑOS	32	31,7	31,7	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

## GRAFICA 2 FRECUENCIA SEXO

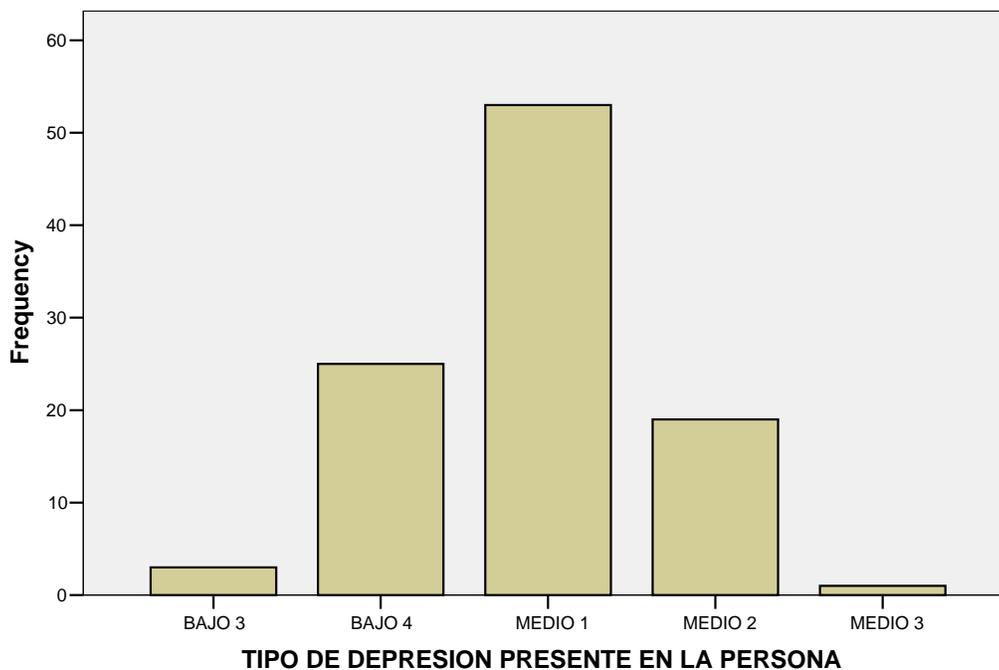


**GENERO DEL ENTREVISTADO**

	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
Valido HOMBRE	61	60,4	60,4	60,4
MUJER	40	39,6	39,6	100,0
Total	101	100,0	100,0	

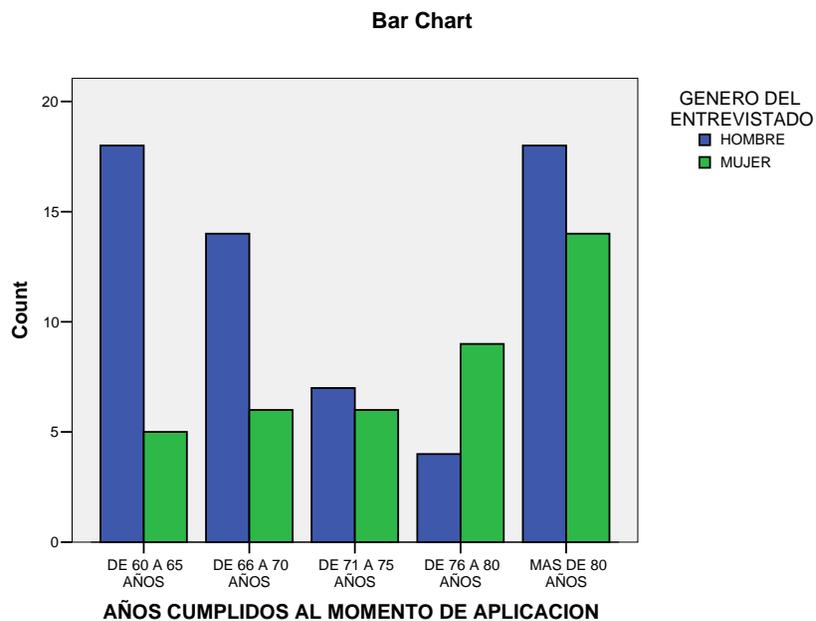
### GRAFICA 3 FRECUENCIA TIPO DE DEPRESIÓN

#### TIPO DE DEPRESION PRESENTE EN LA PERSONA



TIPO DE DEPRESION PRESENTE EN LA PERSONA					
		Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
Validos	BAJO 3	3	3,0	3,0	3,0
	BAJO 4	25	24,8	24,8	27,7
	MEDIO 1	53	52,5	52,5	80,2
	MEDIO 2	19	18,8	18,8	99,0
	MEDIO 3	1	1,0	1,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

## GRAFICA 4 EDAD Y GÉNERO

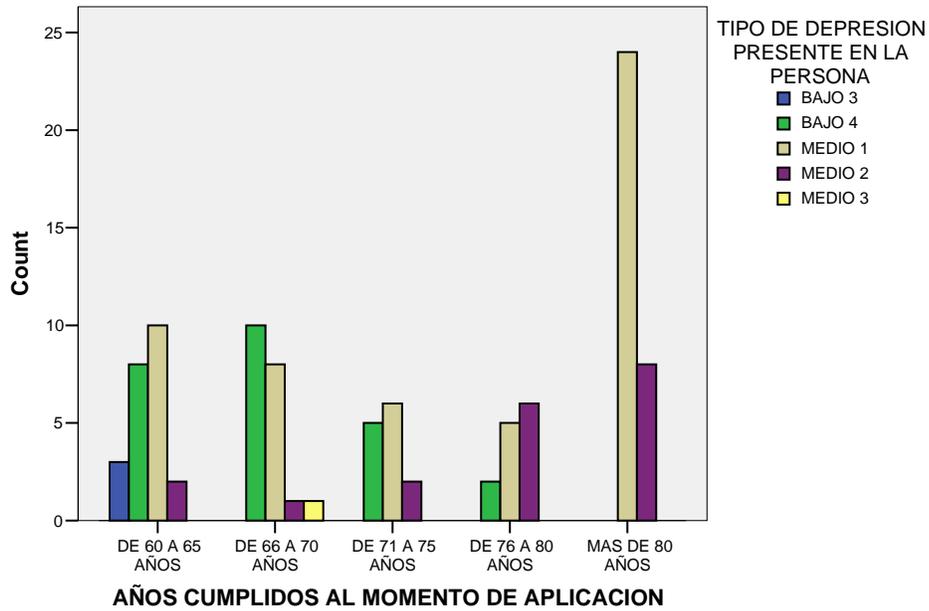


**AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE APLICACION \* GENERO DEL ENTREVISTADO**  
Cruce de Variables

		GENERO DEL ENTREVISTADO		Total
		HOMBRE	MUJER	
AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE APLICACION	DE 60 A 65 AÑOS	18	5	23
	DE 66 A 70 AÑOS	14	6	20
	DE 71 A 75 AÑOS	7	6	13
	DE 76 A 80 AÑOS	4	9	13
	MAS DE 80 AÑOS	18	14	32
Total		61	40	101

## GRAFICA 5 EDAD Y TIPO DE DEPRESIÓN

**Bar Chart**

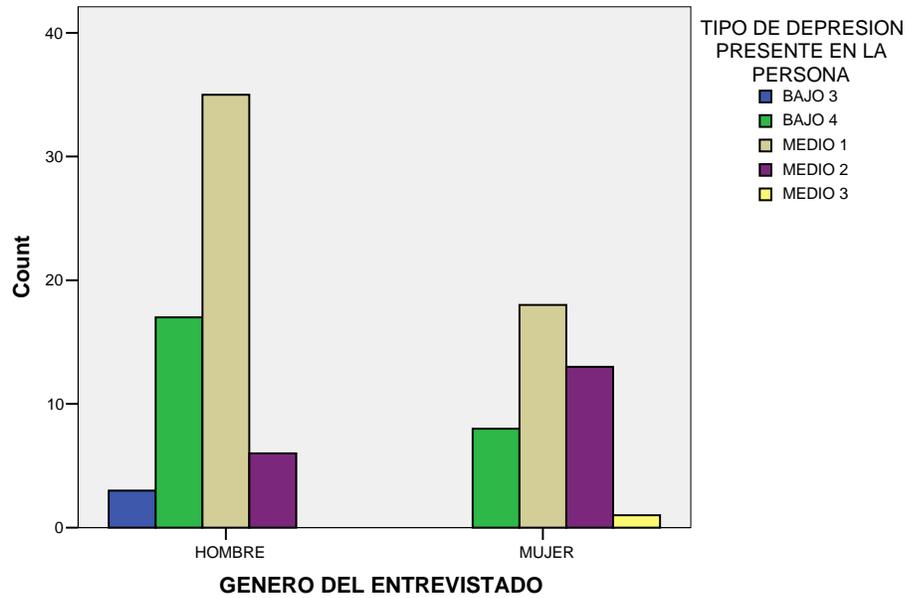


**AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE APLICACION \* TIPO DE DEPRESION PRESENTE EN LA PERSONA**

		TIPO DE DEPRESION PRESENTE EN LA PERSONA					Total
		BAJO 3	BAJO 4	MEDIO 1	MEDIO 2	MEDIO 3	
AÑOS CUMPLIDOS	DE 60 A 65 AÑOS	3	8	10	2	0	23
	DE 66 A 70 AÑOS	0	10	8	1	1	20
	DE 71 A 75 AÑOS	0	5	6	2	0	13
	DE 76 A 80 AÑOS	0	2	5	6	0	13
	MAS DE 80 AÑOS	0	0	24	8	0	32
Total		3	25	53	19	1	101

## GRAFICA 6 SEXO Y TIPO DE DEPRESIÓN

**Bar Chart**



### GENERO DEL ENTREVISTADO \* TIPO DE DEPRESION PRESENTE EN LA PERSONA

**Cruce de Variables**

Count

		TIPO DE DEPRESION PRESENTE EN LA PERSONA					Total
		BAJO 3	BAJO 4	MEDIO 1	MEDIO 2	MEDIO 3	
GENERO DEL ENTREVISTADO	HOMBRE	3	17	35	6	0	61
	MUJER	0	8	18	13	1	40
Total		3	25	53	19	1	101

## ANEXO 2

CUESTIONARIO CLINICO PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS CUADROS DEPRESIVOS.  
SE SOLICITA SU COOPERACION PARA QUE CONTESTE LAS PREGUNTAS QUE A CONTINUACION SE LE HACEN.  
SEA LO MÁS VERAZ POSIBLE:

NOMBRE \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

	NO	SI		
		POCO	REGULAR	MUCHO
1) ¿SE SIENTE TRISTE O AFLIGIDO?				
2) ¿LLORA O TIENE GANAS DE LLORAR?				
3) ¿DUERME MAL DE NOCHE?				
4) ¿EN LAS MAÑANAS, SE SIENTE PEOR?				
5) ¿LE CUESTA TRABAJO CONCENTRARSE?				
6) ¿LE HA DISMINUIDO EL APETITO?				
7) ¿SE SIENTE OBSESIVO O REPETITIVO?				
8) ¿HA DISMINUIDO SU INTRES SEXUAL?				
9) ¿CONSIDERA QUE SU RENDIMIENTO EN EL TRABAJO ES MENOR?				
10) ¿SIENTE PALPITACIONES O PRESION EN EL PECHO?				
11) ¿SE SIENTE NERVIOSO, ANGUSTIADO O ANSIOSO?				
12) ¿SE SIENTE CANSADO O DECAIDO?				
13) ¿SE SIENTE PESIMISTA, SIENTE QUE LAS COSAS LE VAN A SALIR MAL?				
14) ¿LE DUELE CON FRECUENCIA LA CABEZA O LA NUCA?				
15) ¿ESTA MÁS IRRITABLE O ENOJON QUE ANTES?				
16) ¿SE SIENTE INSEGURO CON LA FALTA DE CONFIANZA EN USTED MISMO?				
17) ¿SIENTE QUE LE ES MENOS ÚTIL A SU FAMILIA?				
18) ¿SIENTE MIEDO DE ALGUNAS COSAS?				
19) ¿HA SENTIDO DESEOS DE MORIRSE?				
20) ¿SE SIENTE APATICO, COMO SI LAS COSAS QUE ANTES LE INTERESABAN, AHORA LE FUERAN INDIFERENTES?				

## **ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG**

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas y formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas.

Tiene cuatro posibles respuestas cada una de ellas con un valor determinado a de 1 a 4. La diferencia se estableció, debido a que el primer estudio se efectuó en un hospital psiquiátrico y el segundo en un servicio de consulta externa. Por tal motivo se utilizan los términos de episodio depresivo de mediana Intensidad y episodio depresivo severo, de acuerdo con el criterio de la Organización Mundial de la salud en su Décima Clasificación Internacional de Enfermedades ICD-10 por sus siglas en inglés.

### ANEXO 3

## CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “FRECUENCIA DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12 DEL IMSS TAMASOPO SAN LUIS POTOSI S.L.P.”, que se llevará a efecto en dicha unidad.

El objetivo de este estudio es conocer las frecuencias de la depresión en la población adulta adscrita a la UMF No. 12 de Tamasopo S.L.P.

Entiendo que puedo negarme a participar en este proyecto, sin que eso pueda afectar mis derechos como paciente, en el IMSS.

El investigador se ha comprometido y me ha asegurado que mi nombre, no aparecerá en ninguno de sus reportes, y que se mantendrá la confidencialidad de la información descrita en este proyecto. Y que mi participación solo consiste en permitir se me aplique un cuestionario dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del IMSS en Tamasopo S.L.P.

Al aceptar, entiendo que lo hago libremente y habiendo recibido la información suficiente.

San Luís Potosí, S.L.P. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2006

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del 1er. Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del 2º. Testigo

## ANEXO 4

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Del 1º. De junio del 2005 al 30 de junio del 2006.	Del 1º. De julio al 30 de septiembre del 2006.	Del 1º. De octubre al 30 de octubre del 2006.	Del 1º. De noviembre al 30 de diciembre del 2006.	Diciembre del 2007.
Elaboración del proyecto.	X				
Coordinación y recolección de datos.		X			
Procesamiento y análisis de los datos.			X		
Resultados y conclusiones.				X	
Presentación.					X