

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

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN.**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

SECRETARIA DE SALUD.

**SEDE ACADEMICA:
CENTRO AVANZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA
SALUD DE EMILIANO ZAPATA, TABASCO.**

TITULO:

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO AVANZADO DE ATENCIÓN
PRIMARIA A LA SALUD DE EMILIANO ZAPATA,
TABASCO.**

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

**PRESENTA:
FRANCISCO GARCÍA NUÑEZ.**

EMILIANO ZAPATA, TABASCO.

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.

TITULO:

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO AVANZADO DE ATENCIÓN
PRIMARIA A LA SALUD DE EMILIANO ZAPATA,
TABASCO.**

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

**PRESENTA:
FRANCISCO GARCÍA NUÑEZ.**

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.
U.N.A.M.**

TITULO:

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO AVANZADO DE ATENCIÓN
PRIMARIA A LA SALUD DE EMILIANO ZAPATA,
TABASCO.**

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

**PRESENTA:
FRANCISCO GARCÍA NUÑEZ.**

AUTORIZACIONES:

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA.
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO.**

**QUIMICO SERGIO LEÓN RAMÍREZ.
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA DE LA
SECRETARIA DE SALUD, DEL EDO. DE TAB.**

**ASESORA:
M.C. MARIA ESTHER LAINES ALAMINA.
ASESORA METODOLÓGICA DE TESIS.**

**DR. ANDRES CRUZ HERNÁNDEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA
SALUD.**

EMILIANO ZAPATA, TABASCO.

2007

AGRADECIMIENTO

A la Secretaría de Salud mi eterno agradecimiento por haberme dado la oportunidad de estudiar la Especialidad en Medicina familiar.

A la Coordinación del Hospital Municipal de Emiliano Zapata, Tabasco por el apoyo recibido.

A los Tutores de la especialidad quienes me transmitieron sus conocimientos y la confianza que tuvieron en mí.

DEDICATORIAS

A Dios: Porque sin EL, nada soy.

A la memoria de mis padres Ponciano García Vargas y Rosa Núñez Velazco:
Por sus recuerdos que están presentes.

A mi esposa Lourdes: Por su cariño recibido y aceptarme como soy.

A mi hijo Jesús Francisco: Con todo mi amor y mi esperanza.

A mis amigos y compañeros médicos: Con afecto.

TABLA DE CONTENIDO.

ÍNDICE DE TABLAS.	I
ABREVIATURAS.	II
RESUMEN.	III
1. INTRODUCCIÓN.	IV
2. MARCO TEORICO.	1
3. JUSTIFICACIÓN	12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
5. OBJETIVO GENERAL.	16
6. OBJETIVOS ESPECIFICOS.	16
6. METODOLOGÍA.	17
• Tipo de estudio.	17
• Población y Muestra.	17
• Técnicas y procedimientos.	17
• Descripción del instrumento.	18
• Análisis de datos.	18
• Aspectos éticos.	18
7. RESULTADOS.	19
8. DISCUSIÓN.	24
9. CONCLUSIONES.	27
RECOMENDACIONES.	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	29
ANEXOS.	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Nombre	No. pág.
1	Población de pacientes estudiados por grupos de edad y sexo.	19
2	Población de pacientes estudiados según su religión.	20
3	Población de pacientes estudiados según estado civil.	21
4	Población de pacientes estudiados con enfermedades crónicas.	22
5	Pacientes con depresión según Escala de Depresión de Yesavage.	23

RESUMEN.

Se efectuó un estudio para determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores que acuden a la consulta de medicina familiar en los núcleos básicos del CAAPS de la Jurisdicción Sanitaria 07. Emiliano Zapata, Tabasco.

Objetivos: Identificar a los adultos mayores con depresión que acuden a la consulta, determinar la prevalencia según géneros, identificar las religiones a las que pertenecen, su estado civil y las enfermedades crónicas.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 668 adultos mayores que están dentro del Programa de Control. El tamaño de la muestra de estudio fue de 244. Se diseñó una encuesta para conocer las variables edad, sexo, escolaridad, religión, estado civil y además si presentaban algún tipo de enfermedad crónica: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Tuberculosis pulmonar, Artritis reumatoide y otras. Y se aplicó además la encuesta de la Escala de Depresión de Yesavage.

Resultados: La prevalencia de enfermedades físicas es alta en los adultos mayores, Ubicándose el sexo femenino con la prevalencia más alta, El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 65 a 69 años, La religión que más profesan es la católica, siendo los casados los mayores afectados. Los adultos mayores con una prevalencia de 90 para un 40% acuden a la consulta externa refiriendo cualquier otro tipo de problemas y no por enfermedad crónica, La prevalencia de la depresión se encuentra presente en el 26% de los pacientes encuestados y el 74% aparentemente no presentan alteración alguna.

INTRODUCCIÓN.

La tristeza y la ira son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un momento determinado de la vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad que se conoce como depresión. Esta patología afecta a aproximadamente el 15 % de los españoles y es la segunda causa de discapacidad.

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés), cada año, el 9.5 % de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padecen de enfermedades depresivas. Los problemas depresivos más comunes son tres, según la clasificación que realiza la Asociación Americana de Psiquiatría. Dentro de esta clasificación hay que tener en cuenta que existen variaciones dependiendo de la severidad, la cantidad de síntomas que se presentan o la persistencia del problema.

La depresión mayor se manifiesta con una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar las actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras. La depresión suele ocurrir una vez, pero es una enfermedad que suele provocar recaídas a lo largo de la vida.

El desorden bipolar es de tercer tipo. También se denomina enfermedad maníaco- depresiva. La prevalencia de esta patología no es tan alta como las dos anteriores. Se caracteriza por cambios de humor. Estados de ánimos muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos. Estos cambios son bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales. En el ciclo de depresión, las personas tienen alguno o todos los síntomas de un problema depresivo. En el ciclo maníaco, pueden sentirse hiperactivos, exclusivamente locuaz y con

demasiada energía. A veces la manía afecta el pensamiento, el juicio y el comportamiento social del individuo.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familia con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellas que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar la padecen. Al parecer hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad, posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en la estructura o funciones cerebrales.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Sus causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o derivar al paciente a un psiquiatra o psicólogo. La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

MARCO TEÓRICO.

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 de 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 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. ¹

En la antigüedad remota se sostenía que este padecimiento era causado por influencias diversas de rumores corporales (Hipócrates habló de la bilis negra que producía melancolía), o bien era resultado de un conflicto moral, siendo la depresión “el castigo” por una conducta inapropiada o pecaminosa. En el siglo XIX se inicia el enfoque del estudio de sus causas atendiendo al funcionamiento del Sistema Nervioso Central, pero es hasta el presente siglo que se precisan los detalles de su etiología multicausal. ²

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día, y otros síntomas que dan lugar a pensamientos pesimistas y afectados, lo que a su vez los lleva a tomar malas decisiones y empeorar las circunstancias de su vida. Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos más frecuentes y ocasionan elevadas cargas económicas para la sociedad y sufrimiento emotivo para los pacientes afectados. ¹

Estudios realizados en USA muestran que del 5 al 10% de la población experimentan un episodio depresivo mayor o distimia. La población más

afectada es la comprendida entre los 18 y 44 años, teniendo las mujeres jóvenes casi dos veces más episodios depresivos que los hombres. Elkin y cols, refieren una prevalencia anual del 10% y una prevalencia durante toda la vida (La posibilidad de que cualquier individuo presente un episodio depresivo), de 25% para las mujeres y del 15% para los varones. En Argentina no se cuenta con datos sobre la prevalencia de la depresión pero cuando se ha solicitado a los médicos de atención primaria que definan los motivos de consulta de sus pacientes la depresión o ansiedad figuran entre las más frecuentes.²

Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma. 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 más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo.⁶

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio.⁶

Según la encuesta nacional de salud de 1987, en México, los trastornos psicológicos constituyen la cuarta parte de morbilidad percibida. en términos generales, se afirma que, independientemente del componente depresivo presente en toda enfermedad, la morbilidad actual puede estimarse entre 10 - 20% de la población general el 40% de estos cuadros depresivos se acompaña

de demanda de asistencia sanitaria .la frecuencia entre mayores de 65 años aumenta 12 a 15%. La depresión es mas frecuente en los años que preceden al retiro, decae en al década siguiente y de nuevo aumenta su prevalencia después de los 75 años. ³

Entre los trabajos previos cabe destacar un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. Uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres. ¹¹

Estudios epidemiológicos han reportado que 7.9% de la población de 18 a 65 años de la ciudad de México, padece depresión .este trastorno afectivo se ha convertido en un problema de salud publica por la magnitud y trascendencia con que se presenta, además que aumentan con la edad. La prevalencia de depresión es mayor en las personas consideradas como adultos mayores en quienes se han reportado cifras de 40 a 70%.un estudio realizado durante el 2002, en personas mayores de 59 años de la ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz, refiere que la mayor parte de ellos presentó algún grado de depresión.. ^{4,5} Además que la depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitante entre los adultos mayores. ^{6, 7}

Debido al incremento considerable en nuestro medio de personas de 65 años o mas, así como la transición demográfica que traen consigo esta, revela un grave problema en la consulta de medicina familiar con el advenimiento de nueva tecnología las expectativas de vida se acrecientan y con esto nos enfrentamos a un nuevo reto ya que poco conocemos de el estado emotivo de nuestros pacientes, ya que la forma de manifestarse los problemas de depresión en el adulto mayor son en una forma atípica, incrementando con esto

los subdiagnósticos y el deterioro funcional de esta población. Así el aumento de suicidios y la dependencia de la familia. ⁴

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se 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. ¹¹

La alta prevalencia de enfermedades psíquicas en los adultos mayores supone un importante problema de salud comunitaria. Cada vez más apremiante si consideramos que los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población, especialmente en los países desarrollados. ²⁸

Las causas de esta situación hay que buscarlas, por una parte, en el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro, pero, en muchas ocasiones, las alteraciones psíquicas y más concretamente las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, social y psicológico. ²⁸

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en el adulto mayor a nivel de los consultorios de médicos generales, aproximadamente uno de cada tres pacientes mayores de 60 años sufre de síntomas de depresión. La detección temprana de estos síntomas y su tratamiento contribuirá a mejorar el bienestar de los adultos mayores. ⁸ La depresión, se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución

de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas.⁹

Los síntomas claves incluyen modificaciones del sueño, peso, apetito, estado de ánimo deprimido y pensamientos pesimistas. Los trastornos depresivos tienen sus raíces en factores biológicos, psicológicos y sociales, pueden manifestarse a través de diversas presentaciones clínicas y siempre es necesario descartar las enfermedades médicas que simulan la depresión antes de diagnosticarlos de manera conclusiva. Las variantes de los trastornos depresivos incluyen formas menores, como distimia y la psicoterapia constituyen un tratamiento eficaz en la mayoría de los casos.¹

Al cuidar de los pacientes con trastornos depresivos también surgen aspectos delicados de tipo ético y legal. La depresión y la angustia son padecimientos que el médico familiar enfrenta cotidianamente; sin embargo un número importantes de médicos no muestran buena disposición en la atención de estos enfermos, incluso se llega a minimizar los signos y síntomas en la atención de los enfermos quizá por que la naturaleza de la enfermedad es incierta, confusa o bien los signos, síntomas y estudios de laboratorio o gabinete no aclaran con exactitud el cuadro clínico del paciente ansioso o deprimido.^{10, 11}

Además, el paciente deprimido con frecuencia tiende a magnificar los síntomas cuando padece conjuntamente enfermedades crónico degenerativas lo que condiciona mayor incapacidad física; habitualmente el enfermo tiene poco apego al tratamiento. Algunos factores atribuibles al enfermo, al médico o inherentes del padecimiento dificultan la integración del diagnóstico por lo que aún en la actualidad la depresión es un padecimiento subdiagnosticado.¹²

Con alguna frecuencia no es la tristeza el motivo de la consulta, sino que, en general, los adultos mayores que presentan algún tipo de depresión, acuden por tres tipos de circunstancias: quejas físicas, perturbaciones sociales, familiares y de tipo económico. Suele existir una intensa ansiedad,

preocupaciones de todo tipo, sensación de soledad y de fracaso (preocupación excesiva por problemas físicos, miedo intenso a sucesos de baja ocurrencia de probabilidad., etc.). Son frecuentes el auto-acusación, la baja autoestima, las ideas de ruina y los delirios nihilistas; pensamientos negativos acerca del pasado, decepción con los hijos .puede aparecer ideación auto-lítica que en general suele ser grave. ¹³

Los síntomas que relata el enfermo con mayor énfasis son: dolor, pérdida de peso, alteraciones del sueño, el apetito o la libido; estos pacientes en ocasiones no reportan alteraciones del afecto porque no lo consideran importante, pero cuando se les interroga directamente describen profusamente todos sus síntomas. A veces se documenta con claridad una afección orgánica, pero esto no necesariamente excluye que además curse con un trastorno depresivo. ¹⁴

Existen síntomas tanto en el área cognoscitiva como vegetativa, tales como la incapacidad para concentrarse, ideas autodevaluativas, de culpa, de muerte, pensamientos suicida, pérdida del apetito, de peso, de la libido, insomnio y la fatiga. ³⁰ En el adolescente las conductas que sugieren depresión son: la desobediencia, bajo rendimiento escolar, abuso en el consumo de alcohol y drogas, las fugas de la casa y la promiscuidad sexual. El adulto mayor habitualmente presenta alteraciones del sueño, múltiples síntomas somáticos y disminución del apetito. ¹⁵

Aunque la depresión en ocasiones puede comenzar en forma espontánea, con cierta frecuencia es desencadenada por algún acontecimiento infeliz como puede ser un duelo. Sin embargo tales sucesos afectan a casi todos los adultos mayores en algún momento y sin embargo, no todos los adultos mayores se deprimen. Lo cierto es que, algunos adultos mayores poseen un mayor riesgo que otras. Por ejemplo las mujeres parecen más vulnerables a la depresión que los hombres, pero nadie sabe realmente porqué. A diferencias de lo que ocurre en la depresión del adulto joven, el papel de de los genes es mucho menor en

la depresión de los adultos mayores. Probablemente el mayor riesgo para desarrollar una depresión en la tercera edad es el hecho de haber tenido previamente una cuando se era más joven. En ocasiones la depresión puede haber estado silenciosa durante años para golpear de nuevo en la vejez. ¹⁶

La depresión y sus diversas formas de presentación clínica es la entidad psiquiátrica que más se observa en el primer nivel de atención médica. A pesar de su alta prevalencia, los médicos no la diagnostican en el 50% de los casos, es altamente prevalente en enfermedades médicas crónicas. Se relaciona con la sobre utilización de los servicios médicos, la amplificación de los síntomas, las alteraciones funcionales, la falta de cooperación de los pacientes y el aumento de la mortalidad y morbilidad. Como no es frecuente que la diagnostique el médico general, se prolonga el sufrimiento del paciente y aumenta el riesgo de la iatrogenia. ¹⁷

La declinación de las capacidades físicas e intelectuales, la alteración de la imagen del cuerpo y la pérdida de identidad con el mundo que le rodea puede afectar grandemente la autoestima de la persona que se jubila, llevándolo a situaciones depresivas que alteran su estado de salud mental. ¹⁸

La depresión es un aspecto que suele aparecer con frecuencia en este ciclo de la vida, en una encuesta realizada por Sáñez, con 1,500 médicos especializados en el tratamiento de pacientes adultos mayores, 59% de ellos afirmo que los factores emocionales tales como sentimientos de inadecuación e inutilidad constituyen las causas mas importantes de disminución de la salud entre personas retiradas: solo 13% mencione El proceso de envejecimiento en si mismo, en tanto que 32% cito cambios en el estilo de vida ,como inactividad o hábitos irregulares. Estos médicos encontraron que la principal enfermedad de los jubilados, es la depresión, la cual, seis de cada diez médicos atribuyeron a la ociosidad y a la incapacidad para utilizar el tiempo libre, dos de cada diez la atribuyeron a dificultades financieras y, también dos de cada diez la relacionan con los problemas domésticos. ²⁴

Lo que resulta innegable es el hecho de que la depresión es un padecimiento que suele presentarse con frecuencia en personas jubiladas, ya sea como consecuencia del retiro y/o como una enfermedad propia de la vejez.¹⁹

Se ha hablado del estrés psicosocial (Agudo: muerte de familiar, divorcio, etc.), factores que sin duda propician o desencadenan la depresión. Conviene enfatizar que al respecto, una pérdida parental precoz es común encontrar en la historia de las personas deprimidas. Si sabemos que el funcionamiento neuronal no es ajeno a las influencias del medio ambiente, nos queda claro que el estrés psicosocial juega un papel importante al respecto. Los trabajos de Sigmund Freud respecto al duelo y la melancolía contribuyeron bastante a la comprensión de los mecanismos inconscientes que siguen la depresión normal y la patológica, y el apoyo psicoanalítico, no obstante el tiempo que tiene de haber surgido, es definitivo e insustituible para el entendimiento de estos pacientes.¹²

La teoría cognitiva propone que el deprimido, a lo largo de su vida ha distorsionado sus pensamientos sobre sí mismo y su entorno en forma negativa llegando finalmente a conclusiones erróneas, negativas, de sí mismo, sus experiencias y la visión que tiene del futuro, esto daría por resultado el síndrome depresivo en estos sujetos.²⁵

Los estudios de los tipos de personalidad nos proporcionan datos interesantes, cierto tipos de personalidades, cuyas características son la escrupulosidad, el sentido del deber, perfeccionismo, la falta de espontaneidad y el afán de orden (Personalidad obsesivas), son más propensos a desarrollar depresión de tipo unipolar. Habría que preguntarse si ambos procesos (la depresión y esta personalidad), tuvieron origen común y se desarrollaron juntas o una dio origen a la otra.²⁰

Un aspecto bastante estudiado recientemente y que ofrece datos muy valiosos e interesantes respecto a la etiología de la depresión es la genética la cual refiere que los familiares de pacientes con depresión unipolar tienen mayor incidencia de depresión que la población en general (10 a 20%).²¹ En el caso de los gemelos monocigotos la concordancia para la depresión oscila entre un 65 y un 75%, esto quiere decir que si un gemelo padece depresión, en el porcentaje antes señalado su pareja también la padece. En cambio, los gemelos dicigotos alcanzan una concordancia del 15 al 19%.²² Lo antes expuestos, sin duda nos habla de la influencia de la herencia en la incidencia de la depresión, todavía no se precisan los mecanismos que la herencia sigue para determinar la enfermedad, ni se ubican con precisión el o los genes que participan. Lo que si se sabe es que algunas formas de depresión (bipolares) se heredan más que otras. Sin duda en otros casos de depresión (distimia), la herencia proporciona el terreno idóneo para que otros factores influyan en el sujeto y desencadenen finalmente la depresión.²³

La teoría bioquímica de la depresión formulada inicialmente por Shilkraut, propone que la depresión es una deficiencia funcional de la noradrenalina y la serotonina, mismas que por diversa razones no están llegando correctamente a su destino (sus receptores post-sinápticos), por lo que, al no estimularlos suficientemente producen un impulso nervioso débil que es la causa de la depresión. Los distintos estudios que se han hecho al respecto así lo corroboran, basados en los mecanismos de acción de los antidepresivos.²²

La neurofarmacología actual se basa en las acciones de los tratamientos sobre los receptores de la membrana de la neurona, todos los tratamientos antidepresivos involucran la participación de los receptores 5-HT_{1A}, los cuales se ubican en los núcleos septales y en los núcleos del rafe. Las acciones de los elementos antidepresivos se establecen primero en los núcleos de rafe, los cuales actuarían como elementos presinápticos. De esta manera, los elementos postsinápticos de las acciones de 5-HT se ubicarían en estructuras del sistema límbico, una serie de sistemas neuronales de cuya

función surgen las emociones. Estas pruebas también las han realizado en diferentes fases del ciclo menstrual, encontrando cambios en la ejecución de la misma.²¹

En animales íntegros, las pruebas se realizan de manera óptima durante las etapas del ciclo en las que aparecen picos en los niveles circulantes de progesterona. La actividad de las neuronas septales conectadas con el rafe se modifican de acuerdo con las fases del ciclo menstrual. Esta parte del estudio, señala en investigador, resulta del interés por la existencia de la tensión premenstrual y en sí por diversas oscilaciones del estado de ánimo que experimenta la mujer a lo largo de su ciclo menstrual, entre las que la depresión y la ansiedad tienen una alta frecuencia.²⁴

Los tratamientos antidepresivos ejercen sus acciones sobre estructuras cerebrales encargadas del procesamiento emocional, particularmente en áreas que se han relacionado con la respuesta e integración de emociones placenteras. En otra vertiente, las hormonas gonadales las cuales se ubican a nivel de los procesos metabólicos que subyacen a la sensibilidad de los receptores de la membrana neuronal de estructuras del sistema límbico.²⁵

Las clasificaciones actuales de las enfermedades mentales más utilizadas a nivel mundial son las últimas versiones de la “Clasificación Internacional de las Enfermedades versión 10” (CIE – 10, 1993), de la OMS y el “Manual Diagnóstico y Estadístico versión 4” (DSM IV, 1994) de la Asociación Psiquiátrica Americana, los cuales han clasificado a los trastornos depresivos, como episodios depresivos graves o leves y episodios recurrentes, también graves o leves dependiendo de la intensidad con las que se presentan y de que los episodios sean reiterados, sin antecedentes de episodios aislados de elevación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad.²⁶

A diferencia de la situación de tristeza, donde estos procesos identificatorios no corren el riesgo de desestabilización, que hemos señalado, en el paciente

deprimido, las situaciones de pérdida que frecuentemente gatillan estos cuadros clínicos, si lo hacen. Esta intolerancia a las pérdidas se vinculan, precisamente, a la inadecuación de los procesos identificatorios iniciales. Con ello se significa que la psicopatología depresiva debería desde esta perspectiva, ser encarada como un déficit del desarrollo. Si estas reflexiones tienen algo de cierto, las consecuencias pueden ser múltiples y alimentar futuras investigaciones.²⁵

Ante todo puede permitir afinar el diagnóstico clínico de la depresión discriminándola de otros estados como ser, la tristeza y la nostalgia. También puede permitir analizar la real prevalencia del trastorno depresivo, ya que como hemos mencionado los instrumentos utilizados en la investigación epidemiológica no señalan diferencias entre los diversos sentimientos.^{25, 28}

Por otra parte, estas consideraciones pueden permitir ajustar las indicaciones terapéuticas en los tratamientos farmacológicos evitando, como frecuentemente se ve, medicar pacientes afectados de tristeza y no de depresión.²⁷. Existe diferentes métodos para evaluar la depresión en los adultos mayores, entre estos métodos se encuentra la Escala de Depresión de Yesavage que es un instrumento de elección para valorar la depresión en el adulto mayor, y su ventaja radica en que no se centra en moldear los aspectos directamente relacionados con el estado depresivo. Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas para la disminución de la concentración y el cansancio del adulto mayor. Se necesitan solamente cinco minutos para poder realizarla el paciente solo.³⁰

JUSTIFICACIÓN.

Los trastornos afectivos y la depresión dentro de éstos, son los cuadros clínicos más frecuentes. Diversos estudios epidemiológicos describen una prevalencia anual, para depresión mayor de hasta 16% en la población en general. Esta cifra aumenta casi hasta el doble si se considera la población que recibe asistencia en el sector primario. Es decir, la depresión es una de las enfermedades más frecuentes.

De los sujetos con depresión, el 80% o más, consultan al médico de atención primaria (Médico Familiar o General), no al Psiquiatra. El médico de atención primaria no hace el diagnóstico en el 50 o 75% de los pacientes con depresión. Estos datos provienen de estudios en EEUU, Gran Bretaña y Suiza. En México, Caraveo y cols, registraron un 3.7% de personas con depresión a nivel nacional y los resultados preliminares de un estudio en la ciudad de México han mostrado una prevalencia del 4.3%. De los mismos se destaca el papel central del médico de atención primaria para poder darles una correcta asistencia a los pacientes depresivos.

Todo lo anterior mencionado puede explicarse por una lado la carencia de conocimientos del médico de atención primaria para realizar un adecuado diagnóstico, por otro lado, el escaso tiempo que se dispone en una práctica clínica cada vez más compleja.

Los médicos de atención primaria en la mayoría de la ocasiones consideramos que los problemas psicosociales no entran dentro de nuestro campo profesional. Sin embargo estudios realizados en consultorios de atención primaria muestran que el 25 al 75% de los pacientes encuentran como causa precipitante de su consulta, motivos psicosociales antes que problemas biomédicos. En muchas ocasiones los pacientes consultan por síntomas físicos que carecen de una causa orgánica que lo explique incluso luego de numerosos y costosos estudios

diagnósticos y pruebas terapéuticas. Estos síntomas son frecuentemente manifestaciones de desórdenes psiquiátricos potencialmente tratables particularmente depresión y ansiedad. Muchos motivos de consulta frecuentes como mareo, fatiga crónica, dolor lumbar tienen como diagnóstico diferencial la depresión. Muchos problemas comunes de la práctica diaria como accidentes cerebrovasculares, fractura de cadera, infarto agudo al miocardio, diabetes, insuficiencia renal y cáncer están asociados con depresión. Por otro lado y en particular el adulto mayor prefieren consultar a sus médicos de atención primaria antes que a los profesionales de salud mental.

En el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud del Municipio de Emiliano Zapata; Tabasco, el cual brinda atención de primer nivel a más de 19,750 habitantes, no se ha realizado ningún estudio para conocer la prevalencia del síndrome depresivo en la población geriátrica, por lo que el interés de este trabajo de investigar es valorar la prevalencia del síndrome depresivo y compararlo con lo reportado en otros estudios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El incremento de adultos mayores en los países en vías de desarrollo ha concentrado el interés de los trastornos mentales en este grupo de edad, especialmente los que tienen un grave deterioro en la calidad de vida y requieren una desproporcionada utilización de servicios de salud y sociales, como es el caso de la depresión.

La OMS considera en situación de riesgo a los adultos mayores, muy ancianos, a los que viven solos en una vivienda, a las mujeres solteras y viudas, los institucionalizados, a los que no tienen hijos, a las parejas en las que uno de ellos es discapacitado o está muy enfermo, a los de escasos recursos económicos. La prevalencia de enfermedades físicas es particularmente alta en los adultos mayores y la relación entre trastornos depresivos y enfermedades físicas es bidireccional; la depresión empeora el curso y el pronóstico de la condición médica, y a su vez la presencia de una dolencia física empobrece el pronóstico de la depresión.

En estudios revisados encontramos que entre el 10 y el 20 % de los adultos mayores pueden considerarse frágiles, y este porcentaje se eleva al 50 en los grupos mayores de 85 años (los viejos más viejos). Altimir y Cervera en España incluyen en los criterios de adulto mayor, la depresión se incrementa en los pacientes que toman antihipertensivos, antidiabéticos o psicofármacos, o tienen necesidad de atención domiciliaria médica o de enfermería al menos una vez al mes, deterioro cognitivo, etc.

En México y en nuestro estado se han llevado a cabo algunos estudios para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población de estudios. En nuestro municipio se ha

observado un incremento de los pacientes adultos mayores que requieren cada vez más la consulta médica familiar, subutilizando los servicios de salud.

Por todo lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de Depresión en el adulto mayor que acude a los núcleos básicos del área urbana del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud, de la Jurisdicción Sanitaria 07 del municipio de Emiliano Zapata, Tabasco?

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de la depresión en los adultos mayores que asisten a la consulta de medicina familiar en los núcleos básicos del área urbana del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud. Jurisdicción Sanitaria 07. Municipio Emiliano Zapata, Tabasco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Identificar a los adultos mayores con depresión que acuden a la consulta de medicina familiar.
- 2.- Determinar la prevalencia de depresión según el género de los pacientes.
- 3.- Identificar las religiones a las que pertenecen los adultos mayores con depresión.
- 4.- Identificar el estado civil de los adultos mayores con depresión.
- 5.- Identificar las enfermedades crónicas de los adultos mayores con depresión.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal.

Población y Muestra:

La población de estudio estuvo constituida por 668 adultos mayores que están dentro del Programa de Control en las unidades de Salud del Centro Avanzado de Atención Primaria a la salud de la Jurisdicción sanitaria 07 de Emiliano Zapata, Tabasco. El período comprendido fue de marzo del 2005 a marzo del 2006.

El tamaño de la muestra de estudio fue de 244, la cuál se obtuvo calculada por el método de $n = \frac{NZ^2 pq}{D^2 (N - 1) + Z^2 pq}$ que se aplicó a través de un

Muestreo por conveniencia, en donde:

N= Universo de trabajo.

Z= Valor de confianza 90 – 95 %.

Pq= Valor 0.5 (constante).

D= Valor de 0.05 (intervalos de confianza).

Técnicas y procedimientos:

Para la recolección de datos se diseñó y aplicó una encuesta a pacientes mayores de 60 años de edad, subdividido en dos capítulos: Ficha de identificación administrado en la consulta externa, se realizó previamente un pilotaje para el ajuste del instrumento, se pidió la autorización en la institución y a los pacientes que acuden a los núcleos básicos del CAAPS de la Jurisdicción Sanitaria 07, del municipio de Emiliano Zapata, Tabasco.

Una vez completados las encuestas, se procedió al resumen y procesamiento de los datos.

Descripción del instrumento:

Se diseñó una encuesta para conocer las variables edad, sexo, escolaridad, religión, estado civil, además si presentaban algún tipo de enfermedad crónica: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Tuberculosis pulmonar, Artritis reumatoide y otras. Y se aplicó además la encuesta de la Escala de Depresión de Yesavage.

Análisis de datos:

Los datos se ordenaron con el apoyo de los programas: Word, Excel y SPSS.

Aspectos Éticos:

Para cumplir con los principios éticos en materia de investigación, el estudio se llevó a cabo según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo No. 17, párrafo I y Artículo 23 del Capítulo I De los Aspectos Éticos de la Investigación con Seres Humanos, con fecha 7 de Febrero de 1984. Los resultados permanecerán bajo resguardo. Además, para aplicar la encuesta al adulto mayor del Municipio Emiliano Zapata, se les explicó en forma verbal y anticipada, el propósito de dicho estudio e informándoles que su aportación no representa ningún riesgo para la integridad física y moral de las personas que decidan participar. También se garantizó que la información obtenida estará protegida contra usos inadecuados. El acceso a los resultados se reserva únicamente para el investigador, y los mismos serán utilizados solo con fines de investigación.

RESULTADOS.

Los resultados alcanzados en nuestra investigación se exponen en tablas que se describen a continuación:

Tabla 1. Población de pacientes estudiados por grupos de edad y sexo.

Grupos de edad	Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%		
60 – 64	31	13	36	15	67	27
65 – 69	46	18	69	28	115	47
70 – 74	9	4	20	8	29	12
75 – 79	12	5	15	6	27	11
80 y >	2	1	4	2	6	3
Total	100	41	144	59	244	100

Fuente: Cuestionarios aplicados en la Unidad de Salud.

En la tabla 1, la distribución por edades evidencia que la mayor parte de la muestra se ubicó en los rangos de 65 – 69 (115 para un 47 %). Siguiéndole el rango de 60 – 64 años (67 para una 27 %), y en menores porcentajes los demás grupos de edades clasificados de acuerdo a la tarjeta censal de nuestro municipio. La población de pacientes estudiados es predominantemente femenina en un número de 144 para un 59 %, de un total de 244 personas estudiados.

Tabla 2. Población de pacientes estudiados según religión.

Religión	Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%		
Católica.	87	36	104	43	191	78
Adventista	6	2	18	7	24	10
Pentecostés	3	1	6	2	9	3
Prebisteriana	1	1	1	0.5	2	1
Mormón	0	0	1	0.5	1	1
Testigo de Jehová	3	1	14	6	17	7
Total	100	41	144	59	244	100

Fuente: Cuestionarios aplicados en la Unidad de Salud.

En la tabla 2, se observa que de los pacientes estudiados el mayor número de ellos profesan la religión católica (191 para un 78 %), en segundo lugar predomina la religión adventista (24 para un 10 %), los testigos de Jehová esta presentes en 17 para un 7 % y en menor porcentaje la religión Prebisteriana y Mormón.

Tabla 3. Población de pacientes estudiados según estado civil.

Estado civil	Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%		
Soltero.	7	3	10	4	17	7
Casado.	63	25	72	29	135	55
Unión libre.	23	9	21	10	44	18
Divorciado.	1	1	10	4	11	5
Viudo.	7	3	30	12	37	15
Otros	101	41	143	59	244	100

Fuente: Cuestionarios aplicados en la Unidad de Salud.

En la tabla No. 3, en donde se distribuyeron los paciente estudiados de acuerdo a su estado civil, observamos que el mayor número de pacientes que acuden a las unidades de salud son casados, en donde se observan 135 para un 55 %, continuando los que están en unión libre (44 para un 18 %), y muy cerca con 37 para un 15 % los viudos. El menor porcentaje se observa en los solteros y divorciados.

Tabla 4. Población de pacientes estudiados con enfermedades crónicas.

Enfermedades crónicas.	Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%		
Diabetes mellitus.	26	10	55	22	81	33
HTA.	17	7	24	10	41	17
Artritis reumatoide.	4	2	19	8	23	9
TBP	2	1	0	0	2	1
Otros	52	21	45	19	97	40
Total.	101	41	143	59	244	100

Fuente: Cuestionarios aplicados en la Unidad de Salud.

En la tabla 4, observamos que los paciente estudiados en relación a las enfermedades crónicas por la que acuden a las unidades de salud, el mayor porcentaje de ellos acuden por algún otro motivo (97 para un 40%), y muy cerca de este porcentaje encontramos a los pacientes que padecen Diabetes mellitus (81 para un 33 %), siguiéndole los que padecen enfermedad hipertensiva (41 para un 17 %), posteriormente los que acuden por artritis reumatoide 23 para un 9%). Y en un pequeño porcentaje los que padecen tuberculosis pulmonar.

Tabla 5. Pacientes con depresión según Escala de Depresión de Yesavage.

Escala de depresión geriátrica	Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%		
Normal.	70	29	111	45	181	74
Depresión.	29	12	34	14	63	26
Total.	99	41	145	59	244	100

Fuente: Cuestionarios aplicados en la Unidad de Salud.

En la tabla 4, se observa que de los pacientes estudiados solamente un pequeño porcentaje presenta depresión según la escala de Yesavage con la que se calificaron los cuestionarios aplicados, en donde se obtiene que 63 para un 26 %, presentan depresión, y el mayor porcentaje de ellos (181 para un 74 %) no presentan cuadro alguno de depresión.

DISCUSIÓN.

Los resultados permiten destacar que la prevalencia de la edad de los adultos mayores que acude a control a los núcleos básicos del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria 07, es entre 65 y 69 años, lo que se diferencia de diversos estudios que mencionan que la mayor prevalencia se incrementa con mayor edad, y que existe dificultad en el diagnóstico de depresión en individuos mayores debido a la presencia de múltiples patologías asociadas y el tipo de profesional que normalmente se encarga de la atención a adultos mayores. Es conveniente mencionar, que este grupo de edad (65 á 69 años) son los que más acuden a control a los núcleos básicos, esto difiere de los estudios realizados en la ciudad de Villahermosa, Tabasco y los realizados en la Ciudad de México, en donde son los jóvenes con edades entre los 18 á 23 años los que presentaron algún tipo de depresión similares a los datos reportados por Elkin y cols. ¹

En cuanto al sexo la menor prevalencia lo constituyen los pacientes masculinos y el mayor porcentaje el femenino. Esto coincide con los resultados obtenidos en un estudio de La Depresión en pacientes de la consulta de Medicina Familiar realizado en Villahermosa, Tabasco en donde se reflejó que el mayor porcentaje observado estaba en los pacientes del sexo femenino con un 76%. También coincide con los estudios realizados en la Ciudad de México, como los de Elkin y col, así como también en los reportados por Caraveo y cols. ²

Considerándose que estas diferencias observadas con el primer estudio es a causa de que la población en el municipio de Emiliano Zapata, Tabasco, el 51% de la población es femenina, además que son las que más acuden a consulta en forma regular y que los del sexo masculino acuden sólo en caso de presentar complicaciones. Además que las mujeres se dedican a las labores del hogar, y están condicionadas a la relación de pareja, número de hijos, nivel socioeconómico, nivel de vida, alcoholismo, disfuncionalidad familiar, etc.

En cuanto a la religión, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes adultos mayores que acuden a control profesan la religión católica, no se pudo comparar con otros estudios similares ya que en ninguno de ellos fue valorada la religión.

El estado civil es un importante elemento a tener en cuenta cuando se evalúa a los adultos mayores, pues en los estados de ánimo de estos pacientes tienen un gran peso los estados de viudez, o ser solteros o divorciados. El estado civil que más prevaleció en este estudio, fue el de los casados, caso similar al estudio realizado en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, y difiere con otros estudios que reportan mayor prevalencia en personas que refieren alguna pérdida de algún familiar cercano ó en su caso personas con antecedentes de separación de su pareja.

La morbilidad de los adultos mayores que acuden a control a los núcleos básicos evidenció un franco predominio en los que refieren padecer cualquier otro padecimiento no relacionado con enfermedades crónicas, seguido por los que padecen Diabetes mellitus. Por lo que podemos deducir que existe prevalencia del síndrome depresivo en los pacientes de consulta ambulatoria de atención primaria siendo esta alta, y que a pesar de ello, los médicos de atención primaria no la diagnostican. Se relaciona esto con la sobre utilización de los servicios médicos, la amplificación de los síntomas, las alteraciones funcionales, la falta de cooperación de los pacientes y el aumento de la mortalidad y morbilidad. En estudios revisados (Altimir y Cervera en España), se encontró que entre el 10 y el 20% de los adultos mayores, la depresión se incrementa en los pacientes que toman antihipertensivos, antidiabéticos o psicofármacos, o tienen necesidad de atención domiciliaria al menos una vez al mes, deterioro cognitivo, entre otras enfermedades.

La prevalencia de depresión es particularmente alta en los adultos mayores, a los que se les aplicó la Escala de Depresión de Yesavage, por lo que podemos

relacionarlo con el alto número de ellos que acuden a consulta por algún otro motivo y no por enfermedad crónica propiamente dicha. Consideramos que los médicos de atención primaria creemos que los problemas psicosociales no entran en nuestro campo profesional. Estudios realizados en consultorios de atención primaria muestran que el 25 al 75% de los pacientes encuentran como causa principal de su consulta, motivos psicosociales antes que problemas biomédicos.

La prevalencia de enfermedades físicas es particularmente alta en los adultos mayores, la relación entre trastornos depresivos y enfermedades físicas es bidireccional; la depresión empeora el curso y el pronóstico de la condición médica, y a su vez la presencia de una dolencia física empobrece el pronóstico de la depresión.

.

CONCLUSIONES

- La mayoría de los adultos mayores conocen su enfermedad pero desconocen como enfrentarla,
- La edad de los pacientes osciló entre 65 y 69 años. El 41% son del sexo masculino y el 59% femenino, la prevalencia más alta se ubicó en los grupos de 65 a 69 años, siguiéndole el grupo de 60 a 64 años.
- La población de adultos mayores que más acuden a control es la femenina ya que es la dedicada a las labores del hogar y aquí no es difícil de dilucidar que son en su totalidad las mujeres las cuales cumplen con el rol de madres, esposas y quienes velan por el cuidado del hogar, quienes no reciben remuneración económica, por su arduo y poco valorado trabajo.
- El estado civil que más prevaleció en este estudio, fue el de los casados. En cuanto a la religión, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes adultos mayores que acuden a control profesan la religión católica
- La morbilidad de los adultos mayores que acuden a control a los núcleos básicos evidenció un franco predominio en los que refieren padecer cualquier otro padecimiento no relacionado con enfermedades crónicas, seguido por los que padecen Diabetes mellitus
- Existe un buen número de pacientes adultos mayores que acuden a control de enfermedades crónicas que padecen depresión, lo que ocasiona con bastante frecuencia alteraciones en el medio biopsicosocial en el cuál se desarrolla el individuo.

RECOMENDACIONES:

- Incentivar programas preventivos y mayor capacitación para favorecer la integración de los adultos mayores, lo que permitirá mejorar la calidad de vida y desarrollar acciones de autocuidado.
- Estimular en el personal de salud del primer nivel, el desarrollo de actividades encaminadas a una mejor detección, prevención, control y tratamiento de la depresión

BIBLIOGRAFIAS.

- ¹ G. David Elkin, *Psiquiatría Clínica*, editorial Mc Graw Hill, Primera Edición, p. 64 - 85.2006
- ² Casal E. Vázquez E. Payayanas R y orreese. Motivos de consulta en Medicina Interna General. *Revista del Hospital de clínicas "José de San martín"* 6:35, 2002.
- ³ Secretaria de Salud:Acuerdo por el que se crea el comité Nacional de atención al Envejecimiento..*Diario Oficial.Mexico*.12 de agosto de 1999.México p.9.
- ⁴ Santillana-Hernández SP ,Alvarado-Moctezuma LE. Depresión en población adulto mayor. *Rev. Med IMSS* 1999; 37: 111-115.
- ⁵ Alexopoulos GS, Young RC, Meyers BS, Abrams RC, Shamoian CA. Late-onset depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 101-15.
- ⁶ Serrato Santos P .y col .Depresión .Guía de la sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria 2001;1 :10-11.
- ⁷ y esavage JA,Brink TL,Development and validation of geriatrics depression screening scala:a preliminar repor.*J. Psychiatric Res* 1983,.37-49.
- ⁸ Spitzer R. Williams JD, kroenke k et al. Utility of a new procedure for diagnosing Mental Disorders in Primary care *Jama* 2000; 1749 – 1756.
- ⁹ Freedman AM, Kaplan HI, Sadok BJ. *Compedio de Psiquiatría*. Barcelona Salvat 1983.201-213.,788-820.
- ¹⁰ J. Halabe, A. Lifshitz, J. López Barcena y cols. *El internista*, editorial Mc Graw Hill, primera edición. P. 780 – 785, 1997.

¹¹ De la Gandárra Ji. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Atención Primaria 2001; 20 (7): 389 - 94.

¹² Prevalencia de Depresión en pacientes de tercera edad en consulta externa. Garza Berlanga Israel-.Gómez Soto Víctor, García Morales Víctor Arturo. Unidad de Medicina Familiar No. 32, Guadalupe, Nuevo León.

¹³ Martha Gonzalez. Depresión en ancianos: un problema de todos. Rev. Cubana Med Gen Integr 2001; 17 316-320.

¹⁴ Zun WWK, Magil Met al. Recognition and Treatment of depression in a Family Medicine Practice. Journal Clinic Psychiatry. 2003; 44: 3- 6.

¹⁵ Wayne W. Daniel, Bioestadística, Editorial Noriega, Tercera edición. P 459 – 500, 1999.

¹⁶ Caraveo AJ. Análisis crítico y perspectivas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental vol. 5, N 3, 2002.

¹⁷ J:P: Feighner, WF Boyer. Perspectivas en psiquiatría Vol 2. Diagnóstico de la Depresión. Ed Wiley. England. 2001

¹⁸ Barros, C (1994) Aspectos sociales del envejecimiento. Washington. O.P .S., Publicación Científica No. 546.57-65.

¹⁹ Papalia, D. y Wendks, S. (1990). Desarrollo Humano. Cali: McGraw-Hill

²⁰ Mc Crea D, Arnold E. The prevalence of depression in geriatric medical outpatients, Age and Ageing 2002, 23: 465 – 467.

²¹ Muñoz Rf Hollín SD Mc Grath at . depresión in primary care guidelines Am psychohologist. 2003.

²² Berlanga C. La comorbilidad de los trastornos depresivos. Salud mental. Vol. 16 No. 1, 1999.

²³ Angst <J. Epidemiología de los trastornos afectivos. Salud mental Vol. 15, No. 2. 2001.

²⁴ Burvill PW,Hall WD. Predictors of increased mortality in elderly depressed patients.Int Geriatric Psychiatry (1994) 9: 219-227..

²⁵ De la Fuente R. La Patología Mental y su Terapéutica. Fondo de la Cultura económica. Tercera edición. 1999. P, 195 – 198.

²⁶ Alonso Fernández, F. La depresión y su diagnóstico Ed. Labor 1ª. Edición. Barcelona España. 2000.

²⁷ Las Fronteras invisibles de Enrique Probst.Montevideo,2000cc> relaciones Revista al tema del hombre.

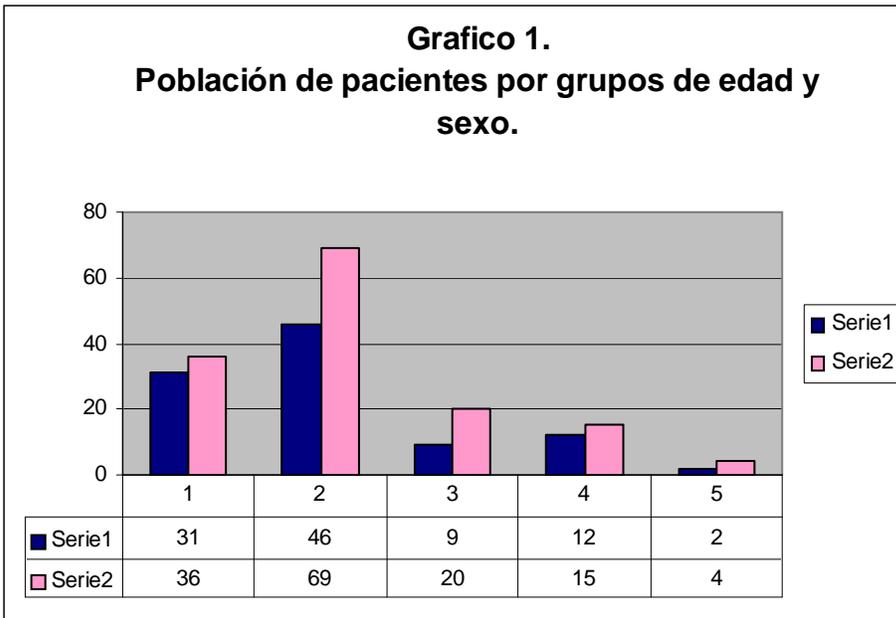
²⁸ Freedman AM, Kaplan HI, Sadok BJ. Compendio de Psiquiatría. Barcelona Salvat 1983.201-213.,788-820.

²⁹ Escobar V. J. La depresión en paciente de la consulta de medicina Familiar. Villahermosa; tab. P. 56: 32 35.

³⁰Lista V.- Bousar M. La depresión en el escenario del médico general e internista, 2000, P: 1 – 78.

ANEXOS

Gráficos para la presentación.

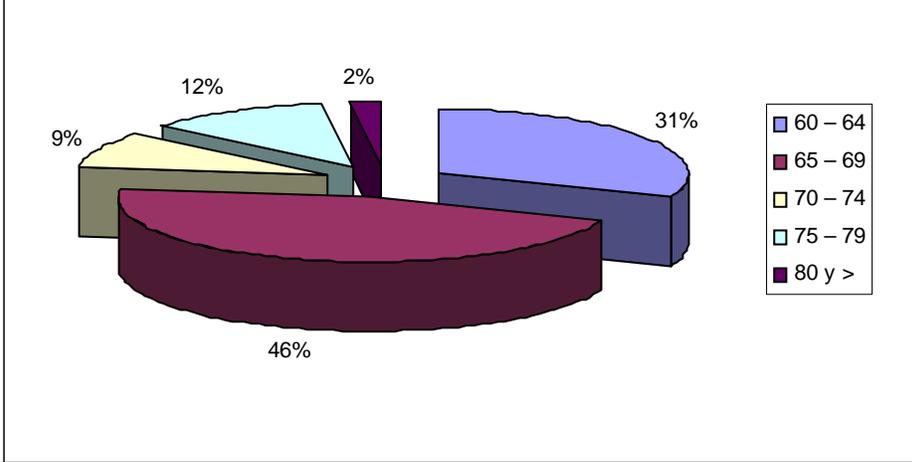


Fuente: Cuestionarios aplicados en la unidad de salud.



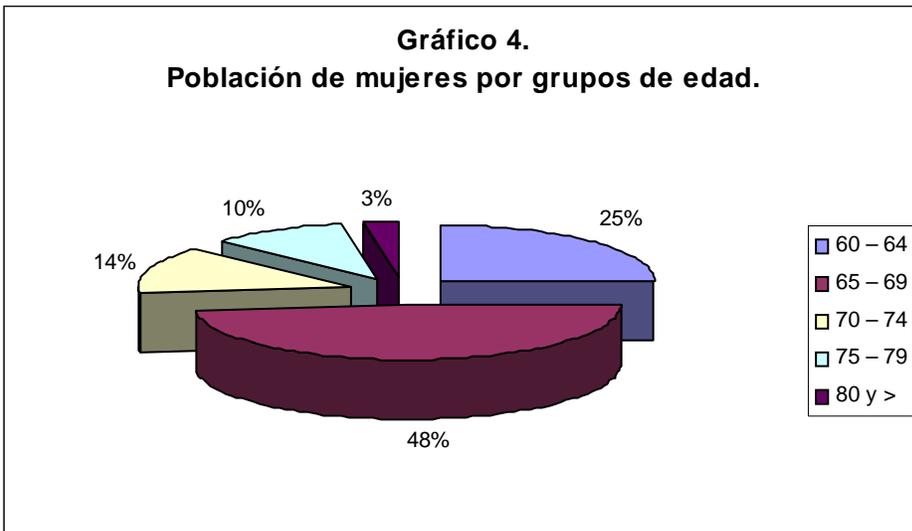
Fuente: Cuestionarios aplicados en la unidad de salud.

Gráfico 3.
Población de hombres por grupos de edad.



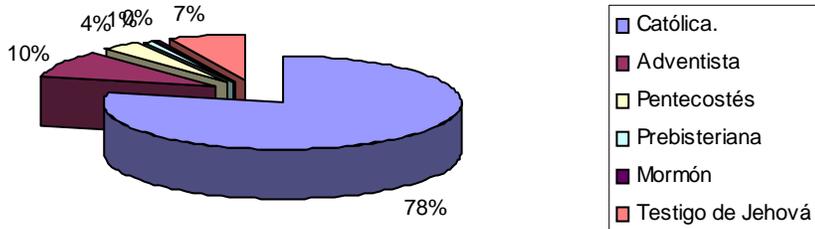
Fuente: Cuestionarios aplicados en la unidad de salud.

Gráfico 4.
Población de mujeres por grupos de edad.



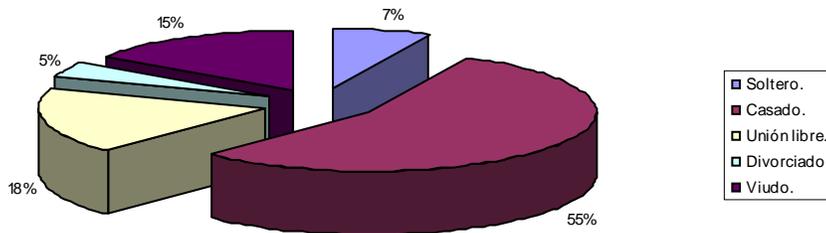
Fuente: Cuestionarios aplicados en la unidad de salud.

Gráfico 5.
Población de pacientes según religión.

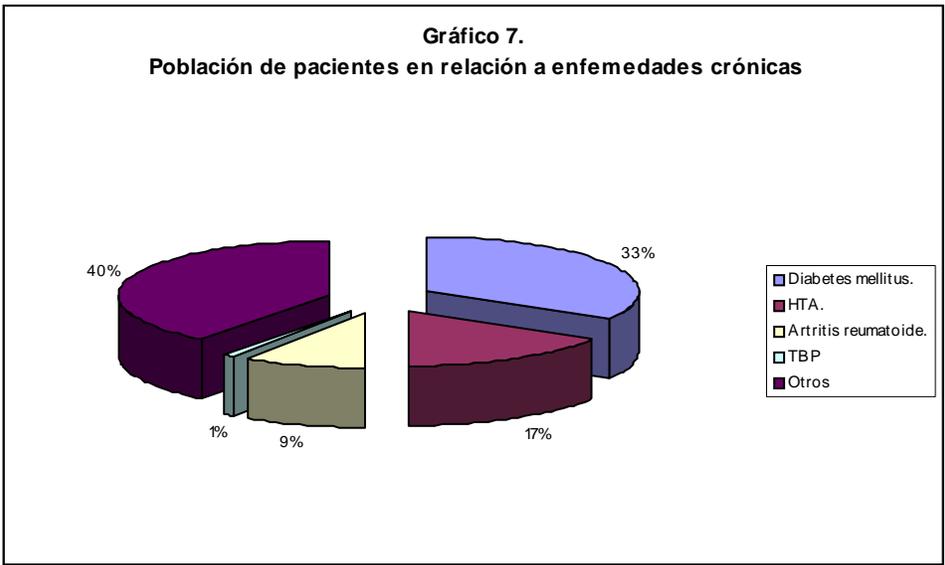


Fuente: Cuestionarios aplicados en la unidad de salud.

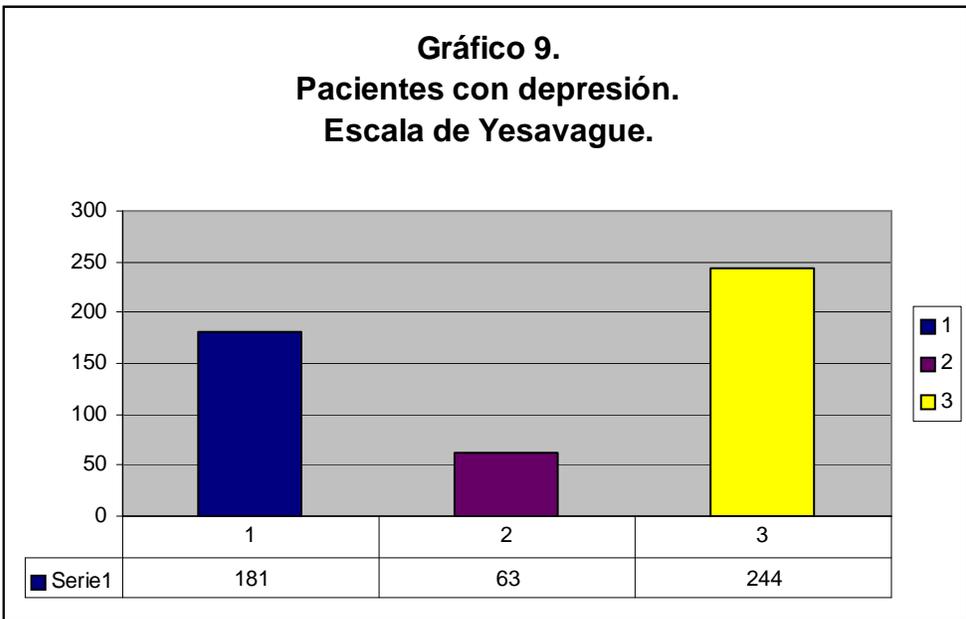
Gráfico 6.
Población de pacientes según estado civil.



Fuente: Cuestionarios aplicados en la unidad de salud.

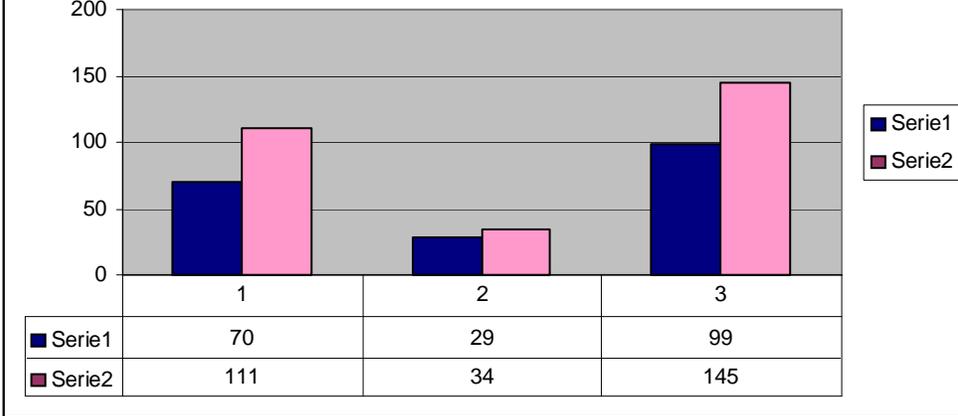


Fuente: Cuestionarios aplicados en la unidad de salud.



Fuente: Cuestionarios aplicados en la unidad de salud.

**Gráfico 9.
Pacientes con depresión.
Escala de Yesavague.**



Fuente: Cuestionarios aplicados en la unidad de salud.

FICHA DE IDENTIFICACION.			
Núcleo Básico:			
Edad:			
Variables		Si	No
Sexo	Masculino		
	Femenino		
Escolaridad	Analfabeta		
	Primaria		
	Secundaria		
	Preparatoria		
	Profesional		
Religión	Católica		
	Adventista		
	Pentecostés		
	Prebisteriana		
	Mormòn		
	Testigo de Jehová		
Estado Civil	Soltero		
	Casado		
	Unión libre		
	Viudo		
	Divorciado		
Que enfermedad padece?	Diabetes mellitus		
	Hipertensión arterial		
	Tuberculosis Pulmonar		
	Artritis reumatoide		
	Otros		

Escala abreviada de depresión Yesavage.

No.	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
10	¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	SI
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
13	¿Se siente lleno de energía?	NO
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
15	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	SI

Puntuación total:

0-5: **Normal**

6-9: **Depresión leve.**

>10: **Depresión establecida.**