



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 16, QUERETERO,
QUERETARO.

TITULO:

PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR CON
ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 16, DURANTE EL PERIDO
COMPENDIDO DE MARZO DEL 2007-MARZO 2008.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DEL ROSARIO PORTILLA FABIAN

SANTIAGO DE QUERETARO, QUERETARO. 2009



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.

PREVALENCIA DE DEPRESION EN ELADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD
CRONICO DEGENERATIVA EN LA UMF 16 QUERETARO, QUERETARO DE
MARZO DEL 2007-MARZO 2008
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DEL ROSARIO PORTILLA FABIAN

A U T O R I Z A C I O N E S

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAM.
LUZ DALID TERRAZAS RODRÍGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN QUERETARO.

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DR. ALEJANDRO PAREDES CHAPARRO
ASESOR DE TESIS
MEDIO FAMILIA DE UMF NO. 9 IMSS QUERERTARO

DR. JUAN MANUEL RIVAS LEON
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD DEL IMSS EN
QUERETARO

SANTIAGO DEQUERETARO, QUERETARO.

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD
CRONICO DEGENERATIVA EN LA UMF
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO 2007-
MARZO 2008**

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

PRESENTA:

MARIA DEL ROSARIO PORTILLA FABIAN

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N..A.M.**

QUERETARO, QRO.

2009

TITULO

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD
CRONICO DEGENERATIVA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 16, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO DEL 2007-
MARZO 2008**

Resumen

Introducción: La depresión es una patología en incremento día a día en el adulto mayor y no es tratada oportunamente, en México y el resto del mundo se experimenta un proceso de envejecimiento rápido, en países en desarrollo como el nuestro, por lo que es importante saber que enfermedad crónico degenerativa genera más depresión y tratarla oportunamente para mejorar la calidad de vida

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión con enfermedades crónico degenerativas en el adulto mayor de 60 años en la UMF No. 16 Querétaro.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo derivado de la encuesta realizada a 258 pacientes con enfermedades crónico degenerativas en la sala de espera. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, se tomo en cuenta las variables como edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, y se eliminaron aquellos con estado demencia. Se consideraron las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes en la base de datos y se aplicó la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage versión corta. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo para todas las variables.

Resultados: La mayor prevalencia de enfermedad crónico degenerativa fueron: Hipertensión con 75.2%, osteoartrosis 63.6%, diabetes mellitus tipo2 con 31.4%, infarto agudo del miocardio 6.2%, Angina de pecho 4.7% . Entre las que generaron mayor estado depresivo están la Hipertensión con un 75.2% seguida de osteoartrosis presentado 63.6%.

Conclusiones: Las enfermedades crónico degenerativas que mayormente se presentaron incrementan el riesgo de padecer depresión en adulto mayor de 60 años.

Palabras clave: *Depresión, adulto mayor, enfermedad crónico degenerativa.*

Summary Introduction: The depression is a pathology in increase day to day in the greater adult and it is not treated opportunely, in Mexico and the rest of the world experiences a process of fast aging, in countries developing like ours, reason why it is important to know that degenerative disease chronic generates more depression and to treat it for opportunely better

The Objective quality of life: To determine the prevalence of depression with degenerative diseases chronic in the greater adult of 60 years in the UMF No 16 Querétaro.

Material and method: A descriptive study derived from the survey made to 258 patients with degenerative diseases was made chronic in the waiting room. Patients of both sexes included themselves, take into account the variables like age, schooling, civil state, socioeconomic level, and those with state were eliminated dementia. The more frequent degenerative diseases chronic in the data base were considered and short version was applied to the Geriatric Scale of Depression of Yesavage. The statistical analysis was of descriptive type for all the variables.

Results: The greater prevalence of degenerative chronic disease was: Hypertension with 75.2%, osteoartrosis 63.6%, diabetes mellitus type 2 with 31.4%, acute infarct of myocardium 6.2%, Angina of chest 4.7%. Between that they generated greater depressive state is the followed Hypertension with 75.2% of presented/displayed osteoartrosis 63.6%.

Conclusions: The degenerative diseases chronic that mainly appeared increase the risk of suffering depression in greater adult of 60 years.

Key words: Depression, greater adult, degenerative chronic disease's

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Por su apoyo y su impulso para lograr todas las metas en mi vida personal y profesional, por su ejemplo, el cual siempre estuvo presente motivándome a continuar y llegar hasta donde he alcanzado, gracias por creer en mí.

A MI ESPOSO

Y a mis hijos Víctor Hugo y Gabriela por la comprensión en esos momentos de ausencia y paciencia cuando no pude dedicarles el tiempo deseado.

A mis hermanos por su ayuda en esta trayectoria y su apoyo incondicional con el que he contado siempre.

A mis amigos gracias por brindarme su amistad y contagiarme con las fuerzas de continuar día a día.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme tantas bendiciones en la vida sin merecerlas.

A mis maestros que han dado luz a mis incertidumbres y me han brindado sus conocimientos, les doy gracias por todo su apoyo.

En especial quiero agradecer al Dr. Alejandro Paredes Chaparro, a quien considero una persona que me brindo su tiempo en los momentos difíciles durante mi trayectoria, por alentarme a ser mejor cada día y continuar hasta el final. Gracias por todo su apoyo para la realización de mi tesis

Agradezco también a todas las personas que colaboraron e hicieron posible la realización de este trabajo: Dr. Miguel Ángel Torices Franco y a todos los profesores que dieron su opinión para mejorar el trabajo.

Al IMSS por ser piedra angular en nuestra formación profesional y la base de mi actual situación laboral.

INDICE GENERAL

	Pág.
Marco teórico.	10
Planteamiento del problema.	41
Justificación.	43
Objetivos.	44
Metodología.	45
- Tipo de diseño.	45
- Población, lugar y tiempo.	45
- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	45
- Tipo y tamaño de la muestra.	45
- Definición de las variables.	46
- Aspectos de recolección de datos.	48
- Consideraciones éticas.	49
Resultados.	50
Discusión.	64
Conclusiones.	66
Referencia bibliográfica.	67
Anexos.	71

MARCO TEORICO

El envejecimiento de la población

La población mundial esta envejeciendo , la esperanza de vida en 1950 no pasaba de los 45 años , pero en 1990 rebasa los 60 años ; para el año 2000 le esperanza de vida al nacer en el mundo es de 64.8 años las mujeres viven de 2 a 3 años mas que los hombres en promedio (OMS 2002). Pero también nos estamos haciendo viejos irregularmente.

Existe una diferencia significativa entre los países desarrollados y los países en desarrollo, en Europa en 1985 más del 15% de la población tenían por lo menos 60 años. Ningún país de África alcanza ese nivel, para el año 2010 habrá en todo el mundo unos 1000 millones de personas mayores de 60 años y cabe esperar que en un plazo de 20 años el número de ancianos se duplique. (OMS 2002)

Al igual que en el resto del mundo, en México se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico caracterizado por el aumento absoluto y relativo de la población de 60 años o más. (Ham, 1996) Este envejecimiento de la población es resultado de la acción combinada de dos diferentes transiciones estrechamente relacionadas entre sí, la demográfica y la epidemiológica. La primera se refiere los cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de la reducción en la fecundidad y la mortalidad. La transición epidemiológica se refiere al cambio hacia menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes. (Omra 1995)

Transición demográfica

En términos de estructuras de población, la transición demográfica se expresa en las conocidas disminuciones porcentuales de la población joven junto con incrementos absolutos y porcentuales de adultos y adultos mayores.

En México, en 1930 el grupo joven de cero a 14 años conformaba el 41.1% de la población, porcentaje que se incrementa y llega a 47.5% en 1970 como reflejo de las altas tasas de fecundidad hasta entonces alcanzadas. Al declinar la fecundidad este porcentaje se reduce a 39.3% en 1990 y se prevé que seguirá disminuyendo hasta alcanzar 27.2% en 2010 y 19.5% en 2030.

El grupo de los adultos de 15-64 años disminuye de 56.3% en 1930 a 48.8% en 1970, por efecto del incremento en la población joven. Después de 1970 la creciente participación porcentual y absoluta de los adultos viene de un doble efecto. Por una parte por una mayor sobrevivencia de los niños y jóvenes que en las siguientes décadas pasan a ser adultos y por la otra la disminución de las tasas de fecundidad que coadyuvan a su vez a la disminución de la participación relativa de los grupos más jóvenes después de 1970. La proporción de adultos asciende a 57% en 1990 y se espera que llegue a 69.2% en 2030.

La población de 65 años y más registra solo incrementos. En 1930 representaba el 2.6%, de la población total, paso por 3.4% en 1970, y por 3.7% en 1990 y se estima que acelerara su ritmo de crecimiento hasta alcanzar una participación dentro del total de 11.7% en 2030. Representando 15.2 millones de habitantes para ese año. (Ham 1996)

**Cuadro 1. Población (en miles) según grandes grupos de edad.
México, 1930-2030**

AÑO	TOTAL	0-14	15-64	65 Y MÁS
1930	16903	6943	9515	445
1940	20259	8495	11200	564
1950	26220	11128	14281	811
1960	35609	16339	18110	1160
1970	49735	23712	24341	1682
1980	66558	29986	34230	2342
1990	83480	32798	47558	3142
2000	99160	32875	61695	4590
2010	111671	30371	74628	6672
2020	121750	27068	84849	9833
2030	130331	24955	90145	15231

Fuente: INEGI. Censos generales de población y vivienda, 1930, 1950, 1970
1990 México DF.

En México, se ha propuesto las edades de 65 a 74 años y de 75 años y más, para establecer las diferencias entre los grupos de tercera y cuarta edad respectivamente. El grupo de 65 a 74 años representa edades avanzadas pero aún con la gran oportunidad para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud. Su inicio en los 65 años de edad se determina en mucho por los parámetros de la seguridad social, los cuales definen este momento como la edad normal de la jubilación. Dentro del grupo de 75 años y más, la gran mayoría de la población sufre pérdidas de capacidad para las actividades de la vida diaria, frecuentemente por problemas serios de enfermedades crónicas degenerativas y

una dependencia creciente para el sostenimiento y el cuidado. (CONAPO-DIF 2006)

La asamblea Mundial del Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Viena, Austria. 1982 se adopto por consenso aceptar para fines estadísticos la edad de 60 años como inicio de la vejez, basándose en tres criterios:

- La edad promedio de expectativa de vida a nivel mundial.
- La edad promedio de jubilación mundial
- La edad promedio de aparición de padecimientos geriátricos. (González 1996)

En México, las cifras indican que de los 3.1 millones de personas de 65 y más años de edad para 1990, había 2 millones en el grupo de 65 a 74 años, y 1.1 millón de 75 años y más. Es de suponerse que en gran medida este último grupo requiere servicios y cuidados propios de la cuarta edad. Estas cifras se incrementarán rápidamente y para el 2030, se proyecta que habrán 15.2 millones de individuos de 65 y más años, de los cuales 9.6 estarán en la tercera edad y 5.6 pertenecerán al grupo de la cuarta edad. (ONU 2002)

El número de personas de más de 60 años aumentará de unos 600 millones en el 2000 a casi 2000 millones para el 2050, y se prevé el porcentaje de personas de edad se incremente en todo el mundo del 10% en 1998 a un 15% 2025, este incremento será más rápido en países en desarrollo. (ONU 2002)

Otro hecho importante a destacar es el llamado fenómeno “feminización” del envejecimiento por la mayor sobrevivencia de las mujeres en las edades avanzadas en relación con los varones. Existen aproximadamente 79 hombres por cada 100 mujeres en las edades de 65 y más. (Ham 1996)

Cuadro 2. Población de 65 años y más (en miles), por Sexo y grupos de edad México, 1990-2030

AÑO	1990	2000	2010	2020	2030
HOMBRES					
Total	1378	2009	2922	4322	6733
65-74 años	898	1350	1094	2808	4446
75 años y más	480	659	1019	1514	2287
MUJERES					
Total	1747	2581	3749	5511	8499
65-74	1056	1586	2223	3258	5137
75 y más	691	995	1596	2253	3362

Fuente; CONAPO. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México, 1900-2030. México DF; 1996

Transición Epidemiológica en México

Se reconoce que el mayor resultado de los programas de salud pública y las acciones preventivas ha sido el rescate de la niñez y la juventud. Se observa así que ha decrecido la presencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y que cobran mayor importancia las enfermedades crónicas degenerativas, junto con los accidentes que son característicos de la vejez. (CONAPO 2006)

En México, la transición epidemiológica ha señalado marcados cambios. La tendencia registrada durante los últimos años muestra un incremento de la participación porcentual de las muertes en mayores de 65 años y el incremento continuo de los niveles de mortalidad por padecimientos como enfermedades del corazón, diabetes mellitus, enfermedad vascular cerebral, cáncer, enfermedad renal, cirrosis hepática (SSA 1991) La edad esta claramente relacionada con la

incidencia y la prevalencia de las enfermedades crónicas en todas las poblaciones permitiendo prever que este factor será determinante en los patrones de morbi-mortalidad en México en un futuro inmediato . (Tapia 2001)

Las necesidades de la población mayor de 60 años son un ejemplo claro del complejo reto que enfrentan los servicios de salud: los cuales idealmente deberían anticiparse a las necesidades de atención, o al menos, adecuar su respuesta a la atención demandada por este grupo de la población. Otra característica importante de este grupo es la combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición o el agravamiento de procesos patológicos preexistentes; La confluencia de varias enfermedades en un mismo individuo; la combinación de enfermedades no transmisibles con enfermedades transmisibles y con accidentes; así como de enfermedades crónicas con enfermedades agudas, y el incremento de problemas de incapacidad o invalidez. (Duran 1996)

Fenomenológica de la depresión

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer, acompañado de diversos síntomas y signo de tipo vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos 2 semanas). Con frecuencia tienden a manifestarse en el transcurso de la vida con aparición de varios episodios, comprende un espectro de variantes clínicas de acuerdo con la evolución, respuesta al tratamiento, tendencia a la cronicidad, recurrencia, y gravedad, que puede aparecer en forma de trastorno leve hasta alteraciones graves con síntomas psicóticos. (Recald 1999)

Su etiología es compleja y multifactorial tales como: Situación psicosocial por la disminución del soporte sociofamiliar, la pérdida de estatus económico y laboral, menor capacidad para las funciones; situación física mayor frecuencia de enfermedades físicas y la discapacidad; situación biológica la cual es la más frecuente la aparición de fenómenos neurodegenerativos o enfermedades físicas que pueden producir sintomatología depresiva.

La depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión.

En la fisiopatología se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: genéticos, biológicos y sociales. Se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central; además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino.

La serotonina se produce en el sistema nervioso central y en la periferia: médula suprarrenal, intestino, plaquetas y también en linfocitos, como se ha demostrado recientemente. Presenta diversidad de funciones en los sistemas nerviosos central y periférico. Este neurotransmisor se sintetiza a partir del L-Triptófano, aminoácido esencial que se adquiere fundamentalmente en la dieta y se encuentra en alimentos como el jamón, la carne, las anchoas, los quesos maduros, los huevos y las almendras. La disponibilidad de este aminoácido a nivel sérico se asocia con la síntesis de serotonina en neuronas del tallo encefálico.

Durante su biosíntesis, el Triptófano, por acción de la enzima triptófano (Try) hidroxilasa, se transforma en 5-Hidroxitriptófano y luego éste, por acción de la 5-hidroxitriptófano (5-HTP) descarboxilasa, se transforma en serotonina, la cual es almacenada en vesículas presinápticas o metabolizada en ácido 5-Hidroxiindolacético (5-HIAA) por acción de la monoaminoxidasa mitocondrial de neuronas ubicadas en los núcleos del rafe del tallo encefálico. Ahora bien, la asociación de los síntomas depresivos con una disminución de la concentración de la serotonina en el cerebro. Los IMAO aumentan la concentración de serotonina y noradrenalina en el cerebro al disminuir la degradación de los neurotransmisores por la monoaminoxidasa.

En cuanto a los receptores de serotonina, es preciso mencionar que se han encontrado 7 subtipos de receptores (5-HT1, 5-HT2, 5-HT3, 5-HT4, 5-HT5, 5-HT6 y 5-HT7). Los del tipo 5-HT1 se clasifican en 5-HT1A, 5-HT1B, 5-HT1C, 5-HT1D, 5-HT1E, 5-HT1F.

El subtipo 5HT1A particularmente interviene en la regulación de funciones cerebrales como la conducta sexual, desarrollo de episodios depresivos, estados de agresión e hipotensión ortostática.

La serotonina actúa sobre receptores pre y post sinápticos una vez que se encuentra en la hendidura sináptica, siendo retirada de este espacio por medio de su recaptación, evitando de esta forma que continúe la neurotransmisión. (Glassman 2002)

Las Alteraciones Neuroendocrinas Contribuyen a la Génesis Biológica de la Enfermedad Depresiva.

La depresión se asocia con signos de alteración hipotalámica que se manifiesta en una secreción excesiva de corticotropina (ACTH) por la hipófisis, induciendo aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. La secreción de ACTH es tan importante que en algunos pacientes deprimidos se puede observar aumento del tamaño de la glándula suprarrenal por medio de tomografía axial computarizada (TAC).

La secreción normal de cortisol sigue un ritmo circadiano, alcanzando un pico máximo a las 8:00 AM, siendo menor en la tarde y en la madrugada. Este ritmo se encuentra alterado en el 50% de pacientes deprimidos, los cuales excretan grandes cantidades de cortisol a lo largo de todo el día, incluso mientras duermen. La administración oral de dexametasona no ocasiona en los pacientes deprimidos la supresión normal de la producción de cortisol. Cerca de 40 -50% de los pacientes continúan con niveles altos de cortisol después de recibir 1, 2 u 8 mgs de este esteroide sintético. El aumento de la secreción de cortisol es el resultado final de la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el hipotálamo. Recordemos que la CRH aumenta los niveles de ACTH, con las consecuencias ya mencionadas. Los niveles de CRH se correlacionan con la depresión, pues la liberación de esta hormona es estimulada por la noradrenalina y la acetilcolina. Por esta razón, se infiere que la CRH y el sistema noradrenérgico se refuerzan entre sí. (BeedorsKy 2000)

Las Alteraciones del Sistema Inmune se suman a las Modificaciones Neuroendocrinas de la Depresión.

Se ha demostrado una alteración del eje Hipotálamo-Hipófisis- Suprarrenal (HHS) mediada por citoquinas, que son mensajeros químicos diversos y potentes secretados por las células del sistema inmunológico, entre los cuales se encuentran los linfocitos, las células T, las células B, los monocitos y los macrófagos. Estas pueden activar el eje HHS, directa o indirectamente. Directamente, a través de sus efectos sobre el CRH ; indirectamente, por medio de la resistencia de los receptores a los glucocorticoides, inducida por citoquinas , originando hiperactividad del eje HHS y afectando así su inhibición por retroalimentación . Las citoquinas proinflamatorias, como la IL-6, pueden alterar los neurotransmisores en múltiples regiones del cerebro , debido a que esta última contribuye a reducir la disponibilidad de L-triptófano , disminuyendo así la disponibilidad de serotonina en el SNC. Por otro lado, los receptores de citoquinas se expresan en neuronas del SNC, lo que genera la posibilidad de que las citoquinas funcionen como neurotransmisores y ejerzan efectos directos sobre el SNC. También se ha pretendido darle una localización neuroanatómica a la depresión. Así, los estudios de tomografía por emisión de positrones (PET) y de resonancia magnética funcional (RMf) han determinado una posible alteración anatómica en la corteza prefrontal ventral a la rodilla del cuerpo calloso, alterada en los casos de depresión unipolar. Durante la fase depresiva de la enfermedad, la actividad en esta región disminuye. Esta disminución parece explicarse en gran parte por la reducción del volumen (45% aprox.) de la sustancia gris de esta zona de la corteza prefrontal tiene extensas conexiones con otras regiones involucradas en la conducta emocional, como el núcleo amigdalino, el hipotálamo lateral, el núcleo accumbens y los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos del tronco encefálico. Las personas con lesiones en estas áreas presentan dificultades para experimentar las emociones.

La respuesta inmune celular específica se verá afectada por la serotonina, ya que los Linfocitos T poseen receptores y transportadores para este neurotransmisor, que a su vez está relacionado con los trastornos psiquiátricos, particularmente con la depresión. (Beedorsky 2000)

Se dice que los psiquiatras sobre- diagnostican la enfermedad depresiva, mientras, que los internistas y médicos de otras especialidades, subdiagnostican este padecimiento. (Dorr 2002) Cuando el individuo acude a consulta, no se piensa en este diagnóstico frente a síntomas somáticos aislados o malestares difusos que carecen de sustrato orgánico y los pacientes son sometidos a innumerables exámenes que resultan negativos, para ser luego descalificados como enfermos “funcionales” y dados de alta previa prescripción de benzodiazepinas. Con ello no sólo no mejora el cuadro depresivo enmascarado, sino que el paciente se siente más decaído e impedido intelectualmente y con mucha frecuencia adquiere una seria dependencia de este tipo de fármacos.

La dificultad inherente al diagnóstico de depresión llevó muy temprano al intento de establecer algo así como un síndrome depresivo nuclear que estuviera siempre presente y que fuera la expresión directa del proceso fisiopatológico subyacente. Así Kraepelin (1916), postula que los síntomas fundamentales serían la dificultad para captar estímulos y para pensar (distimia depresiva o ansiosa) e inhibición de la voluntad. (Dorr 2002)

Bleuler (1996) distingue también tres síntomas fundamentales, la distimia depresiva, la inhibición del curso del pensar, y la inhibición de las funciones centrifugas tales como decisiones, actos, movimientos. Kurt Schneider , (1935) Describe como síntoma fundamental el compromiso de los sentimientos vitales, siendo entre ellos los más específicos aquellos directamente corporales, como es el caso de la opresión y o dolor precordial, el globus melancholicus y la nualgia. Pichot (1969) aplicando el análisis factorial, llegó en 1966 a la constatación de cinco grupos de síntomas que se darían con mayor o menor intensidad siempre en el síndrome depresivo un grupo en torno al humor depresivo otro a la auto agresividad, otro al enlentecimiento, otro a la disminución de la vitalidad y el quinto compuesto por los síntomas somáticos. Pfeiffer en 1969 y con bases en estudios transculturales entre Alemania e Indonesia llegó a la conclusión que los síntomas fundamentales, esos que se presentan siempre y no están determinados por el tipo o grado de civilización o cultura son “un cambio del estado de ánimo difícil de definir y la alteración de funciones vegetativas como el sueño, el apetito y la libido.

Tanto la inhibición como la agitación motora, las ideas hipocondríacas como las de culpa y las ideas o intentos de suicidio serían síntomas determinados culturalmente y no pertenecerían por ende, al síndrome depresivo nuclear.(Dorr 2002)

Los tres grupos de síntomas fundamentales para el diagnóstico de una depresión propiamente tal que encontramos en ese estudio fueron.

1° El compromiso del cuerpo vivido o corporalidad (Befindlichkeit), dentro del cual la falta de ánimo aparecía como una expresión más de un fenómeno mucho más complejo que comprende también la pérdida de energía, la pesadez corporal, la angustia, las náuseas, la sensación de frío y los síntomas vitales de Schneider. (Dorr 2002)

2° El compromiso de las funciones que Bleuler llamara “centrifugas”, vale decir, aquellas que nos conectan con el mundo externo, entre las cuales la inhibición psíquica y motora es la manifestación más característica. La dificultad para atender, concentrarse, tomar decisiones, la pérdida de fuerza de la voz y el enlentecimiento motor son otras formas de manifestarse el mismo fenómeno, al cual Kraepelin también dio tanta importancia, considerándolo como uno de los 3 síntomas fundamentales de esta enfermedad. (Dorr 2002)

3° El compromiso de la ritmicidad biológica todos los ritmos vitales se encuentran invertidos, suspendidos o al menos alterados. Y hablamos de ritmicidad y no de ritmos porque la perturbación no se refiere sólo a ritmos particulares como el sueño o la digestión, sino también al modo de desplegarse la existencia en el tiempo, tan característicamente rítmica y periódica. Y así, hay un ritmo diario, uno semanal, uno mensual, uno estacional y uno vital, vale decir, de la vida entera, y todos ellos aparecen alterados de alguna manera.(Dorr 2002)

Hubo otros dos grupos de síntomas que no se dejan reducir a los anteriores. Uno es el de las ideas delirantes (o más bien deliroideas) depresivas, que aparecieron en alrededor del 60% de los casos lo que habla de que se trataba en general de casos severos y otro es el complejo sintomático de la auto agresividad que comprende las ideas y actos suicidas, presentes sólo en el 20%.

Asimismo cuestionamos la clásica distinción entre depresión endógena y reactiva y siguiendo a Tellenbach la existencia de ese sinnúmero de tipos de depresión descritos a lo largo del siglo, como es el caso de la depresión básica de Schneider, la depresión reactiva vitalizada de Weitbrecht, la depresión por agotamiento de Kielholz o la depresión existencial de Haefner, la proposición del DSM-III de 1980 de un solo tipo de depresión propiamente, la “mayor depresión”.

También los 9 criterios diagnósticos del DSM-III en oposición a los 21 de la Escala de Hamilton.

Actualmente existen dos clasificaciones que son ampliamente utilizadas. La clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE10) y la clasificación de la Asociación Psiquiatría Norteamericana (DSM IV).

Para los efectos de este estudio se utilizó la DSMIV versión corta

Clasificación de la depresión en la CIE. 10

La décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) abarca tanto a los trastornos de manía como al bipolar y a los depresivos. Entre estos el área más sujeta a discusión y análisis corresponde precisamente al de este último tipo de padecimiento.

De acuerdo a la clasificación de los trastornos depresivos, éstos se encuentran conformados en cuatro grupos principales: 1) los episodios depresivos con sus tres modalidades de severidad y con las categorías somática y psicótica, siendo el común denominador de este grupo el de ser episodios únicos, sin antecedentes previos; 2) los trastornos depresivos recurrentes también con las 3 modalidades de severidad y con las categorías somática y psicótica, que se caracterizan por la existencia en el enfermo de más de un episodio; 3) los trastornos depresivos persistentes, en donde se ubica la distimia que es un cuadro subagudo en cuanto a manifestaciones y a la vez crónico en cuanto a duración; 4) el grupo denominado como otros trastornos depresivos en el que se clasifican los trastornos mixtos y los trastornos breves recurrentes CIE-10 se requiere que estén cubiertos los criterios generales de duración mínima de exclusión de manía y de

exclusión de síntomas depresivos producidos por abuso de sustancias psicoactivas o bien por trastornos orgánicos. También es necesario que estén presentes por lo menos 2 síntomas principales y 3 en los casos graves, así como por lo menos 4 síntomas adicionales en los casos leves, 6 en los casos moderados y 8 en los casos graves.(Berlanga 1996)

Cuadro 4 Trastornos depresivos CIE-10

CRITERIOS GENERALES
1. Duración Mínima
2. Ausencia de síntomas Maniacos
3. Exclusión de abuso de sustancias y trastornos orgánicos
Criterios principales
1. Animo Depresivo
2. Incapacidad para Disfrutar
3. Fatiga falta de Vitalidad
Síntomas adicionales
1. Disminución de confianza o autoestima
2. Ideas de culpa
3: Pensamiento o Ideas Suicidas
4: Falta de Atención y Concentración
5. Alteración de la actividad motriz
6. Alteración del apetito
7. Trastorno del sueño

Fuente. O.M.S. Décima revisión de la clasificación de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 1994.

Cuadro 5. Trastornos depresivos CIE 10

CATEGORÍA TEMPORAL
Duración de los Síntomas
Mínimo 2 semanas
Mínimo 2 años
Menos de 2 semanas

Fuente: O.M.S Décima revisión de la clasificación de las enfermedades. .
Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 1994.

La categoría cuantitativa se fundamenta en que la severidad del cuadro va a depender de un número de síntomas presentes en forma simultánea, con lo cual se hace referencia a la intensidad del episodio en el sentido de que mientras más síntomas estén presentes más severo será el estado depresivo. Esta categoría no toma en cuenta el que la severidad pueda deberse a la presencia de pocos síntomas pero muy intensos, o bien al grado de incapacidad que los síntomas generen en el enfermo. (Frasure 2003)

Cuadro 6 Trastornos depresivos CIE 10

CATEGORÍA CUANTITATIVA.
Magnitud de los Síntomas = Numero
Numero de los síntomas = Severidad

Fuente: O.M.S Décima revisión de la clasificación de las enfermedades.
Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 1994.

De esta manera, los cuadros leves requieren de 2 síntomas principales y como mínimo de 2 síntomas adicionales; los moderados, de dos principales y un mínimo de 3 adicionales; y los graves, de los 3 principales y por lo menos 4 de los síntomas adicionales. (Frasure 2003)

Cuadro 7. Trastornos depresivos CIE 10

SEVERIDAD		
	Síntomas Principales	Síntomas Adicionales
Mínimos		
Leve	2	2
Moderado	2	3
Severo	3	4

Fuente: O.M.S Décima revisión de la clasificación de las enfermedades Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 1994.

Por lo que respecta a la categoría de la continuidad ésta se define de acuerdo a la forma de presentación de los síntomas en términos de periodicidad. De esta forma, el cuadro puede ser constante o intermitente, o bien se puede tratar de un episodio único o de un episodio recurrente

Cuadro 8. Trastornos Depresivos CIE 10

CATEGORÍA DE CONTINUIDAD.
Formas de Presentación
Constante
Intermitente
Episodio Único
Episodio Recurrente

Fuente: O.M.S Décima revisión de la clasificación de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 1994.

Finalmente la categoría cualitativa define a distintas entidades de acuerdo a la presencia de síntomas característicos e independientes los unos de los otros.

Las dos categorías cualitativas de los trastornos depresivos son los vistos con síntomas somáticos, los cuales corresponden a lo que en otras clasificaciones son los síntomas de melancolía, de endogenicidad, o bien la denominada depresión vital y los cuadros sicóticos. (Frasure 2003)

Cuadro 9 . Trastornos depresivos CIE 10

CATEGORÍA CUALITATIVA.
Síntomas Somáticos
Síntomas Psicóticos

Fuente: O.M.S Décima revisión de la clasificación de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 1994.

Para que el síndrome somático pueda ser identificado se requiere que en el episodio estén presentes por lo menos 4 de los siguientes síntomas: 1) anhedonia, 2) falta de reactividad a estímulos positivos, 3) insomnio Terminal, 4) predominio asintomático matutino, 5) inhibición a agitación psicomotriz, 6) disminución del apetito y del peso por lo menos en un 5% y 7) disminución de la libido. Si bien en la versión de los criterios, clínicos de la clasificación, la elaboración de este

síndrome se deja de manera optativa, en la versión de los criterios de investigación se recomienda buscarlo de manera propositiva en los episodios de intensidad grave. Esto es debido a que aún en la actualidad este es un síndrome que no está validado en forma definitiva. (Frasure 2003)

Cuadro 10. Trastornos Depresivos CIE10

SÍNTOMAS SOMÁTICOS.
1. Anhedonia
2. Sin reactividad a estímulos positivos
3. Insomnio Terminal
4. Inhibición o Agitación Psicomotriz
5. Disminución del Apetito y peso
6. Disminución del Libido

Fuente: O.M.S Décima revisión de la clasificación de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 1994.

Para considerar que el cuadro depresivo tiene síntomas psicóticos, se requiere la presencia de por lo menos 2 de los siguientes tres síntomas; 1) ideas delirantes (de culpa, de ruina o de catástrofe), 2) alucinaciones (auditivas, olfatorias) y 3) estupor depresivo, con respecto a los dos primeros se deberá codificar si son o no congruentes con el estado anímico. (Frasure 2003)

Cuadro11. Trastornos depresivos CIE 10

SÍNTOMAS PSICOTICOS.
1. Ideas Delirantes
2. Alucinaciones (Auditivas, Olfatorias)
3. Estupor Depresivo

Fuente: O.M.S Décima revisión de la clasificación de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 1994.

Para el clínico lo prioritario es contar con un número de criterios diagnósticos que sean suficientes y flexibles para poder incluir a todos los pacientes que son evaluados en la práctica clínica cotidiana; mientras que para el investigador lo prioritario es tener criterios muy claros y definidos con los cuales pueda purificar y homogeneizar a los pacientes seleccionados para ser incluidos en un proyecto determinado de investigación con el objeto de que puedan ser comparables entre si y con los resultados de otras investigaciones que han incluido en su muestra a pacientes con cuadros similares. (Frasure 2003)

Alrededor de esta área, que pudiéramos considerar como problemática, se desprenden otras situaciones que también son susceptibles de discutirse. Tal es el caso de las condiciones de co-morbilidad, en las que la depresión es muy común que se acompañe de otras entidades, por ejemplo, de un trastorno de ansiedad o de un trastorno de abuso o dependencia al alcohol. Cuando la depresión se asocia a estas patologías, tanto su evolución como su respuesta al tratamiento se modifican notoriamente, por lo que pudiera ser conveniente que se agregaran ciertas categorías específicas para distinguir a estos pacientes y, tal vez estudiarlos agrupados en forma independiente de los deprimidos que no tienen problemática.

En la sección mixta que es el trastorno ansioso depresivo sin embargo, este cuadro considera a aquellos pacientes que inicialmente presentan un problema de ansiedad y posteriormente se deprimen.

De la misma manera, sería de utilidad incluir ciertas categorías especiales que no aparecen en los criterios, pero que es muy común encontrarlas en la práctica habitual. Tal es el caso de la denominada depresión subsindromática, en la cual se reúnen los requisitos generales de duración y de exclusión etiológica, pero no los relativos al número de síntomas, por lo cual quedarían fuera. Sin embargo, los clínicos reconocen que hay pacientes que presentan unos cuantos síntomas pero de suficiente severidad como para ameritar tratamiento. También sucede lo mismo cuando la severidad se mide no por el número de síntomas sino por el grado de incapacidad producido por él (cuadro 9). (Siris 2000)(Judd 1999)

Otro aspecto que también sería conveniente considerar es lo que en otros sistemas de clasificación como el criterio diagnóstico de investigación, se denomina diferencia primaria-secundaria. Esta diferencia se fundamenta en que hay algunos episodios depresivos en los que el cuadro es consecuencia clara de un trastorno previamente instalado por lo que en este sentido, la depresión es cronológicamente secundaria a la primera entidad, de tal forma que el comportamiento clínico de las entidades consideradas como secundarias puede ser muy diferente al de las primarias y, por lo tanto, para fines de investigación no debería mezclarse a estos sujetos. (Siris 2000)

Finalmente, un aspecto de mucha controversia es el relacionado con el concepto de distimia. En sí, el diagnóstico como tal ha sido fuente de discusión debido a que no tiene un perfil específico lo suficientemente validado para considerarlo como un trastorno distinto e independiente del resto de los trastornos depresivos. Si bien en algunos casos es una entidad que se inicia en etapas tempranas de la vida y que sigue un curso totalmente autónomo, en la mayoría de los pacientes aparece posteriormente al presentar en otra época de otros trastornos depresivos, por lo que para muchos investigadores este cuadro no es otra cosa más que un estado crónico de depresión que se manifiesta con sintomatología residual. Para otros es difícil distinguir entre esta entidad y un trastorno caracterológico en el que sobresalen síntomas depresivos tales como

actitudes pesimistas, de auto derrota y de labilidad afectiva, que corresponderían a lo que algunos consideran como un trastorno de personalidad depresiva. Otra crítica al respecto señala que desde el punto de vista del perfil sintomático, la distimia es indistinguible del episodio depresivo. Mientras esta entidad no esté lo suficientemente definida en términos de validez de constructor y validez predictiva continuará siendo riesgosa su aplicación en la investigación. (Frasure 2003)

Después de casi 15 años de haber aparecido los primeros criterios diagnósticos. Es necesario considerar que el intento de mezclar definiciones clínicas, como las del DSM-IV y las del CIE-10 es exclusivamente una solución transicional que requiere ser constantemente remodelada y replanteada indudablemente es difícil construir un sistema que llene por igual las expectativas de la práctica clínica y de la investigación pues necesariamente se tendrá que quedar mal con alguna de las dos. (Frasure 2003)

La depresión es una patología que en la población general tiene una incidencia del 23%. Estudios epidemiológicos sugieren que la depresión supera en frecuencia a la hipertensión o a la diabetes ya que muchos síntomas pasan inadvertidos y no reciben tratamiento. Siendo su detección baja, frecuentemente es un padecimiento el cual tiende a remitir, sin embargo, en algunos casos tiende a la cronicidad con episodios de recuperación y en otras ocasiones de exacerbación teniendo diferentes grados de disfuncionalidad. (Andesron 2001)

Varios estudios han demostrado que la relación de una enfermedad crónica como la diabetes aunada a depresión sugieren un mal pronóstico en especial en pacientes ancianos. Su asociación alcanza tal magnitud en los pacientes que trae como consecuencia un aumento en las demandas de salud y pruebas diagnosticas en comparación con los pacientes sin depresión. (Callaham 1997)

Aunque se ha reconocido el papel importante de la herencia en trastornos depresivos sin duda existen factores extrínsecos que contribuyen tales como el stress social, el medio laboral, social y familiar, así mismo la percepción de la

discapacidad ante ciertos padecimientos crónicos tales como la diabetes mellitus entre otras enfermedades. (Torrens 2001)

La depresión es una enfermedad frecuente en los ancianos, y se le reconoce como un problema de salud pública importante. Y se ha estimado que la frecuencia de la depresión sintomática en las personas ancianas en la comunidad es del 4 al 18 %. (Rev.Psiquiatria 2001)

Entre los pacientes geriátricos internados en asilos, la prevalencia de la depresión es mucho mayor, aproximadamente del 24 %. (Burns, 1998)

La depresión aumenta la morbilidad física y psicológica en las personas ancianas y se ha demostrado que constituye un factor de riesgo independiente que favorece la mortalidad. (Rovner 2002)

También es frecuente la manifestación somática o enmascarada de la depresión en los pacientes geriátricos, en la cual los síntomas físicos como la constipación o el dolor de espalda son las manifestaciones que predominan en lugar de las quejas del tipo afectivo: también puede ser difícil de diferenciar la depresión de la demencia; en muchas ocasiones del 10-15% de los casos pueden presentarse errores en el diagnóstico de los trastornos depresivos que se catalogan como demencia. (Small 2000)

A pesar de la elevada prevalencia de la depresión en los ancianos, con frecuencia esta condición se mantiene sin ser diagnosticada; los pacientes y sus familiares pueden creer que el comportamiento deprimido es una consecuencia natural del envejecimiento o pueden ser renuentes o llevarlos con el médico por esta causa debido a que los trastornos psicológicos se perciben como estigmas sociales. Incluso los pacientes que buscan ayuda médica pueden resultar difícil diagnosticar la depresión a menudo se asocia con trastornos físicos crónicos como la artritis, la hipertensión, y la enfermedad cardíaca las cuales son comunes en este grupo de edad. Se ha considerado en algunos estudios que la frecuencia de depresión asociada a diabetes en ancianos es del 40-50%. (Sornad 1999)

La depresión es una de las causas más importantes de discapacidad en el mundo, genera considerable sufrimiento a quienes la padecen, y los problemas asociados con ella son extremadamente costosos para la sociedad. La depresión

es una de las enfermedades más debilitantes y más comunes entre los anciano. Un estudio previo encontró que los adultos mayores tienden a presentar niveles de depresión más altos que los adultos jóvenes. Hay importantes brechas de información acerca de la depresión entre los ancianos. Es preciso afinar las técnicas de medición, y se requiere más investigación acerca de factores de riesgo y protección para la depresión, ya que ello puede dar la pauta para establecer áreas de intervención. Atender la depresión entre las personas de edad avanzada puede contribuir significativamente a reducir costos de atención en salud, disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad. (Strnad 1999)

Diagnóstico a través del DSM-IV

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: Donde se describe el o los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, etc.)

Eje II: Donde se especifica si hay algún trastorno de personalidad a la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (Por ejemplo: trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental moderado, etc.)

Eje III: Donde se especifican afecciones médicas que presente el paciente (si es que existen).

Eje IV: Donde se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.)

Eje V: Donde se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la Escala de funcionamiento

Trastornos del estado de ánimo

Aquí se clasifican los trastornos cuya característica principal una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maniaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

Episodios afectivos

- Episodio depresivo mayor
- Episodio maniaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaniaco

- Trastornos Depresivos (con episodios depresivos)
 - Trastorno depresivo mayor
 - (Distimia, Trastorno distímico)
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno bipolar no especificado

- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo no especificado

Características Diagnósticas

Basándose en los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), se definen 8 síntomas y criterios, junto a la sugerencia de algunas preguntas para los pacientes (Tabla 1). Dependiendo de las respuestas a las preguntas y de la duración de los síntomas, la depresión puede ser mayor o menor, o puede indicar simplemente una distimia (Melancolía, Tabla 2).

Tabla 1: Criterios diagnósticos DSM-IV y preguntas sugeridas

Síntomas	Criterios diagnósticos DSM-IV	Preguntas sugeridas
Ánimo depresivo	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente?. ¿Con qué frecuencia ocurre esto?. ¿Cuánto dura?
Anhedonia	Marcado disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? ¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?
Alteraciones del sueño	Insomnio o hipersomnia casi todos los días	¿Cómo ha estado durmiendo?. ¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Cambios de peso o apetito	Cambios considerables en el apetito casi todos los días o pérdida no intencionada de peso o aumento de peso (>5% del peso corporal en un mes)	¿Ha tenido algún cambio en su apetito o peso?
Pérdida de energía	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	Ha detectado una pérdida en su nivel de energía?
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi cada día	¿Se ha sentido inquieto o ha tenido problemas para sentarse tranquilo?. ¿Se siente enlentecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
Pérdida de concentración	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día	¿Ha tenido problemas para concentrarse? ¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
Sentimientos de culpa o de inutilidad	Sentimientos de inutilidad o excesiva culpa casi cada día	¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? ¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?

Ideación suicida	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio	¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto?. ¿Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida pueden pensar en morirse. ¿Ha tenido algún pensamiento como ese?
------------------	---	---

Tabla 2: Categorías diagnósticas para la depresión y distimia (melancolía) y criterios para su diagnóstico

Categoría Diagnóstica	Criterios DSM-IV	Duración
Depresión Mayor	≥5 síntomas depresivos, incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento	≥2 semanas
Depresión Menor	2 a 4 síntomas depresivos, incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento	≥2 semanas
Distimia	3 ó 4 síntomas distímicos, incluyendo un estado de ánimo depresivo, que causa un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento	≥2 años

TRATAMIENTO INTEGRAL

El objetivo del tratamiento es la mejora del estado de ánimo del paciente tanto afectiva como del funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las recaídas de la depresión, potenciar el apego al tratamiento.

Psicoterapia: Terapia interpersonal, Cognitivo- Conductual (6–8 sesiones durante 10–12 semanas) no usar fármacos en depresión leve

Depresión moderada dar tratamiento farmacológico:

1.-Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina los cuales tienen menos efectos indeseables para los pacientes de tercera edad tales como: Sertralina a dosis de 50 a 100 mg cada 24 hrs, Fluoxetina 20 mg cada 24 hrs, Paroxetina 20 a 40 mg cada 24 hrs. Citalopram 20 a 40 mg cada 24 hrs . Se dan por 6 meses a un año según la respuesta del paciente.

2.-Ansiolíticos del tipo de las benzodiazepinas con riesgo de crear adicción.

3.-Antidepresivos tricíclicos tales como la imipramina, amitriptilina, etc. (Recald 2000)

Depresión severa se encuentra en psiquiatría prob. hasta hospitalizado.

Las complicaciones de la depresión tienen una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los pacientes, se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala autopercepción de la salud etc, y pueden llegar hasta el suicidio.

En la prevención se debe detectar oportunamente al paciente y tratar para evitar la polifarmacia, dar pláticas a los pacientes de tercera edad para aumentar su autoestima, programa de actividades físicas y rehabilitación.

El enfoque holístico que seguimos en muchas ocasiones obliga como es lógico a corregir graves anomalías de comportamiento y relación cuyo origen no sólo se detecta en el individuo, sino también en la familia o en las vecinales y laborales en las que está englobado el individuo (terapias de familia, interpersonal, etc.). Aunque más que corregir deberíamos decir señalar, orientar, facilitar y

catalizar lo que, en cualquier caso, deberán hacer al final los deprimidos y sus familias. Pues, especialmente en la terapia de la depresión nadie puede nunca curar a otro, y deben ser los propios seres vivientes quienes deben autocurarse finalmente a ellos mismos.

Los médicos debemos familiarizarnos con los síntomas centrales, tener en mente siempre la posibilidad de su presencia, recordar que el proceso de envejecimiento afecta la presentación clínica de la depresión, desarrollar habilidades en la entrevista clínica, no aceptar la primacía del envejecimiento en los trastornos depresivos.

ANTECEDENTES

La depresión se asocia con frecuencia a las enfermedades médicas en los ancianos. Tiene una prevalencia del 1-4% en personas de edad superior a 65 años, y origina el 60% de los ingresos psiquiátricos en sujetos ancianos. Por otra parte, también está en el 30% de los pacientes ancianos afectados de enfermedades médicas, agudas o crónicas. (Anales 2003)

Entre las enfermedades somáticas que se asocian con mayor frecuencia con síntomas de tipo depresivo se tiene a los trastornos cardiovasculares, del sistema nervioso central, articulares. (Anales 2003)

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas. (Rev. Panam 2006)

La diabetes puede aumentar el riesgo de depresión y la depresión eleva el riesgo de la diabetes y de acuerdo a las estadísticas provenientes de National Institutes of Health .La depresión mayor se presenta en aproximadamente 15% de los pacientes con diabetes. (Katon 2004)

Los estudios realizados han encontrado que la depresión está asociada con el aumento de la incidencia de complicaciones diabéticas (retinopatía, nefropatía, neuropatía, cambios vasculares y disfunción sexual).

Los pacientes adultos diabéticos (tipo 1 y tipo 2) se incrementa por lo menos 2 veces el riesgo de desarrollar una depresión y las personas con altos síntomas depresivos tiene un riesgo de un 63% de tener diabetes.

En un reciente estudio, en un 60% de pacientes depresivos diabéticos, se halló que presentaba factores de riesgo adicional cardíacos comparados con un 35% de los diabéticos sin depresión. Esto tiene gran importancia, ya que entre de 70 a 80% de los diabéticos muere por enfermedades cardíacas. Además, los depresivos diabéticos concurren a asistirse 4.5 veces más que los no depresivos generando más costos en salud. (Suárez 2003)

La evidencia de una relación entre la depresión y el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) están asociadas con un riesgo significativamente más alto de mortalidad por toda causa, ECV y mortalidad por ataque vascular cerebral. (Gump 2005)

La prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares y post infarto agudo del miocardio va de un 8 a un 40% según los distintos estudios. La depresión reduce la capacidad funcional, aumenta la readmisión hospitalaria y las tasas de mortalidad en estos pacientes. Los estudios muestran fuertes evidencias de que la depresión es un factor de riesgo importante en las enfermedades cardíacas, especialmente en aquellos trastornos coronarios.

Aproximadamente un 65% de los pacientes post infarto agudo del miocardio informa síntomas depresivos y entre el 15 a 22% de estos pacientes presentan DM. Las personas que están deprimidas y que tienen una enfermedad vascular preexistente tienen un riesgo 3.5 veces mayor de muerte que aquellos sin depresión, basado esto en por lo menos tres estudios de mortalidad cardíaca en un total de 2000 pacientes. (Suárez 2003)

La depresión tiene un efecto particularmente dañino en los pacientes que se recuperan de infarto del miocardio fueron nuevamente valorados a los 6,12 y 18 meses, la mortalidad fue 3.5 veces mayor entre los pacientes deprimidos durante su hospitalización. (Suárez 2003)

Cualquier paciente con factores de riesgo para cardiopatía debe someterse a tamizaje por depresión, ya que esta es probable que exacerbe los factores de riesgo. Contrariamente, los pacientes con depresión crónica deben evaluarse en busca de factores de riesgo cardíaco. Los pacientes con infarto del miocardio tendrán un mayor índice de reinfarto y un mayor índice de mortalidad sin tratamiento para la depresión (Frasure 2003), (Shiotani 2002)

La prevalencia de depresión en los pacientes con cáncer es más alta que en la población general, se estima que 15 a 25% de las personas con cáncer están afectadas por depresión durante el curso de su enfermedad. (Nat. Cancer,Inst, 2005)

En 1921 Kraepelin describió la relación entre trastornos depresivos y AVC en sus pacientes. Desde entonces se sabe que el trastorno depresivo es la complicación psiquiátrica más común.

Por otra parte, en particular en los varones, la depresión y ansiedad son situaciones que triplican la probabilidad de morir por ACV, siendo este riesgo mayor cuanto más severo es el cuadro depresivo o ansioso. Es así como la depresión es un factor predictor de ACV, tal como lo demuestra un estudio realizado sobre 2812 pacientes ancianos.

Las cifras de incidencia de depresión post ACV varían de un 18% a un 61% en el lapso comprendido dentro del año posterior al ACV. El 50% de los pacientes desarrollan un cuadro depresivo durante el periodo inmediatamente posterior a la aparición del strok Luego de un año de sufrido el mismo, el 56% de los hombres y de las mujeres continúan bajo depresión. Por otro lado, en el momento de sufrir el ACV, el 10% de los pacientes se hallan deprimidos.

Los pacientes con depresión post-strok tiene siete veces más probabilidad de fallecer durante los 15 meses siguientes al ictus vascular que los que no sufren depresión. (Suárez 2003)

La depresión en pacientes con enfermedad crónica degenerativa tal como la osteoartritis se estima una prevalencia de 25%. (Suárez 2003)

Hay estudios actuales informando que los pacientes con EPOC severo tienen aumentado el riesgo de depresión. Hay evidencias convincentes que la depresión en los pacientes con EPOC puede ser bien tratada en atención primaria y esto se asocia con mejoría funcional en la actividad. Un estudio realizado en pacientes con asma de difícil control, encontró que existe una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en ellos. Al respecto, la depresión parece ser la entidad más frecuente. (Suárez 2003)

La depresión empeora la evolución de otras enfermedades, disminuye la aceptación a los diversos tratamientos, deteriora el funcionamiento cognitivo y social, aumenta el riesgo de suicidio y la tasa mortalidad en esta etapa de la vida.

En un estudio realizado en la Encuesta Nacional de Evaluación de desempeño en 2002-2003 la prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México, encontrando una prevalencia de 9.5% en mayores de 60 años , 5.7% mujeres, conforme se incrementa el nivel escolar disminuye la prevalencia de depresión la prevalencia de 8% disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior, se encontró en Querétaro una prevalencia de 6% en mujeres y en hombres de 2%. (Rev.Panam 2000)

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú encontrando que la depresión se presenta en un promedio de edad de 70-85 años, que el 66% fueron mujeres, el 17.3% tuvo depresión según DSM IV, 11.8% según GDS-15 encontrándose así una prevalencia de depresión en el adulto mayor de 9.8%. (De la Torre 2006)

Se presenta un desgaste familiar ocasionado por daño emocional, físico, mental hasta la depresión en un 35.5%. Ya que los familiares están predispuestos al estrés y ansiedad para tomar decisiones relacionadas con el paciente deprimido. (Esquivel 2007)

En un estudio realizado en Lima en el Hospital General, se encontró que en el 75% presentaba algún síntoma depresivo y el 18.3% tenían depresión mayor según DSM IV, el 73.2% fueron mujeres, el 90% vivía con algún familiar y el 52% inicio el trastornó después de los 60 años. (Varela 2002)

Se realizo un estudio entre los meses de mayo-agosto de 1999, con un total de 110 pacientes de 60 años o más en la Unidad de Atención para el Adulto Mayor de Pontificia Universidad Católica de Santiago de Chile. Se encontró una edad promedio de 77 años con una rango de 60-92, depresión 78%,74% femenino, 39% casado, con depresión 23%, 45% eran viudos con depresión 35%, y el 17% vivían solos, deprimidos 20%, el 26% tenían menor de primaria incompleta,26% con depresión, el 22% nivel preparatoria,22% con depresión y el 28 % de licenciatura, 2% deprimido. (Rev. Med. Chilena 2005)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México al igual que en el resto del mundo la población mundial esta envejeciendo aquí debido la esperanza de vida en todo el mundo rebasa los 60 años.

Estos cambios corresponden a la transición demográfica que expresa la disminución porcentual de la población joven, secundaria a una reducción de la tasa de fecundidad y mortalidad, a la transición epidemiológica que se debe a un cambio en la disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad de las enfermedades infecto-contagiosas y agudas.

Esta combinación conlleva a los cambios sociales en los grupos etáreos que se observa en los países desarrollados los que presentan un alto índice de población anciana y la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas que son inherentes en un alto porcentaje en las personas de la tercera edad.

La estimación que se realizó para nuestro país en su desarrollo poblacional se considera que para el año 2030 el 11.7% del total de la población, aproximadamente 15.2 millones de habitantes tendrán más de 60 años de edad.

Lo cual representa un verdadero reto para enfrentar las necesidades en servicios de salud de este grupo, ya que en el envejecimiento se presenta la confluencia de varias enfermedades en un mismo individuo, así como problemas de incapacidad e invalidez.

La depresión provoca una alta incidencia superando en frecuencia a la hipertensión y a la diabetes ya que muchos de los síntomas pasan inadvertidos

siendo una patología subdiagnosticada y es una de las causas más importantes de discapacidad en el mundo, en los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad.

La depresión al igual que las enfermedades crónicas degenerativas son verdaderos problemas de salud pública, es común que estas patologías sean inherentes en la población de la tercera edad, la cual muestra una prevaencia ascendente en todo el mundo y se considera que en países en vías de desarrollo como lo es el nuestro la situación es más grave.

¿Cuáles es la prevalencia de la depresión en el adulto mayor con enfermedades crónicas degenerativas en la UMF No.16 IMSS, Querétaro?

JUSTIFICACION

La depresión es una patología que en nuestro medio clínico debe ser considerada como un problema de salud pública muy importante en el país ya que en la mayoría de los casos no es diagnosticada con oportunidad , por lo cual muchas veces es confundida con otras patologías, el adulto mayor por presentar poli-patologías que condicionan pérdidas funcionales o presentar cuadros depresivos no diagnosticados por su médico tratante , complicando sus enfermedades de fondo por lo cual es importante conocer que enfermedades crónicas degenerativas condicionan mas depresión para ratificar y tratarlo oportunamente, ya que en la Unidad de Medicina Familia No. 16 se cuenta con una adscripción de 16, 666 pacientes mayores de 60 años los cuales se encuentran susceptibles de padecer depresión y se espera un incremento en el futuro debido a la transición demográfica que se esta presentando a nivel mundial. Por el gran número de pacientes mayores de 60 años con poli-patologías, se considera que no existe una atención medica integral, ya que no se cuenta con la información que contribuya a detectar la frecuencia de depresión lo que da como consecuencia el subdiagnóstico y manejo inadecuado asociado al mal control de las enfermedades crónicas degenerativas.

Considero que es factible hacer este estudio ya que se realizara en la sala de espera con pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en la UMF No. 16 Querétaro.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la depresión en el adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar en que sexo se presenta mayor depresión asociado a las enfermedades crónicas degenerativas.

Identificar en que edad es mayor el grado de depresión en las enfermedades crónico degenerativa

Identificar en que nivel de escolaridad se presenta la depresión

Identificar la frecuencia de la depresión en relación al estado civil

Identificar la frecuencia de la depresión en relación a la ocupación

Identificar la frecuencia de la depresión en relación al nivel socioeconómico

Identificar en que enfermedad crónica degenerativa es más frecuente la depresión en el adulto mayor.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional – descriptivo

UNIVERSO

Población adulta mayor de 60 años con enfermedad crónico degenerativa

POBLACIÓN

Paciente con enfermedades crónico degenerativas mayores 60 años residente en el Municipio de Querétaro

POBLACIÓN BLANCO

Paciente con enfermedades crónico degenerativas mayores 60 años adscritos a la unidad de medicina familiar No. 16, IMSS Querétaro.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

FORMULA UTILIZADA

$$N = (Z\alpha^2)^2 (p)(q) / d^2 \qquad N = \frac{(1.64)^2(0.40)(0.60)}{(.05)^2}$$

$$Z\alpha^2 = 1.64 \qquad (.05)^2$$

$$p = 0.40 \qquad N = \frac{0.64}{.0025}$$
$$q = 1 - P (1 - 0.40) = 0.60$$

$$d^2 = .05 \qquad N = 258$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1) Pacientes mayores de 60 años
- 2) Ambos sexos
- 3) Con presencia de enfermedades crónico degenerativas
- 4) Con presencia de depresión

- 5) Adscritos a la UMF No. 16, ambos turnos
- 6) Que deseen participar y firme consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1) Demencia
- 2) Paciente de privación sensoria (Pérdida visual o auditiva)

CRITERIO DE ELIMINACIÓN

- 1) Paciente mayor de 60 años que no respondan en forma completa el Cuestionario
- 2) Que ya no desee participar en el estudio

VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO VARIABLE	INDICADOR
Edad	Tiempo cronológico de vida en una persona	Años vividos	Continua	Cuantitativa	años
Escolaridad	Asistencia formal en instituciones de educación básica, secundaria, bachillerato, técnico y profesional	Ultimo grado académico cursado con escolaridad, primaria, secundaria, técnico, preparatoria y profesional	Nominal	Cualitativo	Grados Analfabetas Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Profesional
Sexo	Características fenotípicas determinadas por los cromosomas sexuales y las	Característica sexuales secundarias Masculino Femenino	Nominal	Cualitativo	Masculino Femenino

	características secundarias				
Estado civil	Condición legal que le confiere a una persona desde el punto de vista legal y de la sociedad	Condición legal de la persona con otro sujeto del sexo opuesto Soltero, casado, viudo, divorciado y separado	Nominal	Cualitativo	Casado Viudo Soltero Unión libre Divorciado Separado
Nivel socioeconómico	Estatus de la persona en función del ingreso económico, actividad laboral dentro de la sociedad	Nivel socioeconómico determinado por el método de Graffar Alto Medio y Bajo	Ordinal	Cualitativo	Test de Graffar: Extracto alto Medio alto Medio bajo Obrero Marginal
Actividad laboral	Actividad que desempeña un sujeto de acuerdo a su formación escolar o aprendida mediante un oficio o técnica	Actividad desempeñada que le permite al sujeto obtener un ingreso económico. Comerciante, empleado, artesana, técnico y profesional	Nominal	Cualitativo	Obrero Hogar Empleado Comerciante Profesionista Técnico Jubilado Retirado Otra
Enfermedad crónica degenerativa	Enfermedad relacionada con la edad que le condiciona al adulto mayores problemas de salud de etiología multifactorial	Presenta o no enfermedad crónica degenerativa	Nominal	Cualitativo	D.M. HTAS Osteoartrosis Câncer Cardiopatía EPOC.
Nivel de depresión	Trastorno persistente del estado de ánimo	Presencia o ausencia del estado depresivo en el	Nominal	Cualitativo	Depresión Mayor Depresión

	caracterizado por tristeza, angustia, pesimismo, irritabilidad, disminución de la autoestima que presenta niveles de afección	paciente con nivel de afección distimia moderada o severa			Menor Distimia Sin Depresión
Tiempo de evolución de la enfermedad	Tiempo cronológico de padecer una enfermedad	Tiempo desde que el sujeto se le diagnostico	Continuo	Cuantitativo	Años

ASPECTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se aplicará un cuestionario estructurado para medir las variables socioeconómicas como edad, genero, escolaridad, ocupación entre otras.

La aplicación de la escala minimal para determinar la presencia o no del estado demencial, que servirá como criterio de exclusión, así como una escala Geriátrica de depresión de Yesavage (GDS) versión corta la cual tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa criterios diagnósticos. Que nos permitirá conocer la presencia de depresión en el adulto mayor y su nivel de afección, (distimia, depresión moderada y depresión severa). Así como se utilizaran los criterios del DSM IV para confirmar su diagnostico, se aplicara dentro del cuestionario estructurado un listado de las enfermedades crónico degenerativas con la cual identificaremos la presencia de estas patologías preguntando al paciente si las enfermedades que padecen han sido diagnosticadas por su médico tratante ya sea médico familiar, general o especialista.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizará un equipo de computadora personal para la captura de la información y la realización de las bases de datos. Para el procesamiento estadístico de la información se empleará el paquete estadístico SPSS 12

Se realizará estadística descriptiva para las variables cuantitativas. Se considerará significativa un valor de $p < 0.05$. Los resultados se presentarán en gráficas y en cuadros de contingencia.

ASPECTOS ÉTICOS

Se han considerado los aspectos éticos vigentes en la realización de la investigación en seres humanos de acuerdo a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana relacionada con la Investigación clínica.

RESULTADOS

Se analizaron 258 encuestas realizadas en pacientes con enfermedad crónica degenerativa en la Unidad de Medicina Familiar No. 16 Querétaro.

La edad predominante es de 65-69 años con el 27.1% (Cuadro 1). Los pacientes con mayor porcentaje de depresión son los 60 a 64 años con 7.7% resultado similar en los de 65-69 años, y los 80 y más años con el 1.5%. (Cuadro 2)

El 55.8% son del sexo femenino (Cuadro 3) y de estas presentan depresión el 20.1% (Cuadro 4)

En la escolaridad el 42.6 % tiene primaria incompleta y preparatoria el 7.4% (Cuadro 5). La depresión se presenta en mayor porcentaje en los paciente con escolaridad mas baja, primaria incompleta 15.8% (cuadro 6)

Estado civil que predomina con mayor porcentaje son los casados con el 60.9%, (Cuadro 7). La depresión en casados represento el mayor valor con el 13.9% (Cuadro 8)

Los adultos mayores que viven su cónyuge representan el mayor porcentaje, y también son los que mayormente se deprimen con el 13.5% (Cuadro 9).

La ocupación que predomina son los que se encuentran en su hogar, jubilados y pensionados , La depresión por tanto se presento con mayor porcentaje en esta población (cuadro 10) El nivel socioeconómico predominante es el estrato de obrero que como consecuencia son los que se deprimen con mayor porcentaje (Cuadro 11) en lo referente a las enfermedades crónico degenerativa

La mayor porcentaje fue la hipertensión con el 75.2% seguida de la Osteoartrosis con el 63.6% y la menor fue la insuficiencia renal crónica con el 0.8% (cuadro 12)

Las enfermedad crónico degenerativas que presentaron mayor porcentaje de depresión fue la hipertensión arterial con 22%, seguida de Osteoartrosis con 20.5%, (cuadro 13).

Cuadro 1 Rango de edad en el adulto mayor

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60-64	58	22.5
65-69	70	27.1
70-74	66	25.6
75-79	46	17.8
80 y mas	18	7.0
Total	258	100

Fuente: Paciente encuestados en la sala de espera de UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 2 Prevalencia de depresión por edad en el adulto mayor

Edad	Depresión	Porcentaje
60-64	20	7.7
65-69	20	7.7
70-74	17	6.5
75-79	12	4.6
80 y más	4	1.5
Total	73	28.2

Fuente: Paciente encuestados en la sala de espera de UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 3 Clasificación por sexo en el adulto mayor

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	144	55,8
Masculino	114	44,2
Total	258	100,0

Fuente: Paciente encuestados en la sala de espera de UMF. No. 16 Qro. 2008

Cuadro 4 Prevalencia de depresión por sexo en el adulto mayor

Sexo	Depresión	Porcentaje
Femenino	52	20.1
Masculino	21	8.1
Total	73	28.2

Fuente: Paciente encuestados en la sala de espera de UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 5 Escolaridad en el adulto mayor

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	110	42,6
Primaria	46	17,8
Secundaria	32	12,4
Preparatoria	19	7,4
Técnicos	28	10,9
Licenciatura	23	8,9
Total	258	100,0

Fuente: Paciente encuestados en la sala de espera de UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 6 Prevalencia de depresión en escolaridad en el adulto mayor

Escolaridad	Depresión	Porcentaje
Primaria incompleta	41	15.8
Primaria	15	5.8
Secundaria	5	1.9
Preparatoria	1	0.3
Técnicos	6	2.3
Licenciatura	5	1.9
Total	73	28.2

Fuente: Paciente encuestados en la sala de espera de UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 7 Estado Civil en el adulto mayor

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	3,1
Casado	157	60,9
Unión	7	2,7
Divorciado	12	4,7
Viudo	74	28,7
Total	258	100,0

Fuente: Pacientes encuestados en la sala de espera de UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 8 Prevalencia de Depresión en el estado civil en el adulto mayor

Estado Civil	Depresión	Porcentaje
Soltero	4	1.5
Casado	36	13.9
Unión	1	0.3
Divorciado	2	0.7
Viudo	30	11.6
Total	73	28.2

Fuente: Paciente encuestados en la sala de espera de UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 9 Personas con quien viven el adulto mayor y prevalencia de depresión

Personas con quien vive	Frecuencia	%	Depresión	%
Solo	24	9,3	7	2.7
Cónyuge	154	59.7	35	13.5
Hijos	64	24.8	23	8.9
Otros Familiares	16	6.2	8	3.1
Total	258	100	73	28.2

Fuente: Pacientes encuestados en la sala de espera de UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 10 Clasificación por ocupación en el adulto mayor y prevalencia de depresión

OCUPACION	Frecuencia	%	Depresión	%
Hogar	112	43.4	43	16.6
Obrero	10	3.9	6	2.3
Empleado	18	7	1	0.3
Comerciante	17	6.6	3	1.1
Profesionista	4	1.6	0	0
Técnico	1	.4	0	0
Jubilado	85	32.9	16	6.2
Retirado	11	4.3	4	1.5
Total	258	100	73	28.2

Fuente: Paciente encuestados en la sala de espera de UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 11 Estrato socioeconómico en adulto mayor y prevalencia de depresión

Estrato socioeconómico	Frecuencia	%	Depresión	%
Estrato alto	3	1.2	1	0.3
Estrato medio alto	37	14.3	7	2.7
Estrato medio bajo	76	29.5	12	4.6
Estrato obrero	126	48.8	46	17.8
Estrato marginal	16	6.2	7	2.7
Total	258	100	73	28.2

Fuente: Pacientes encuestados en la sala de espera de UMF No.16 Qro., 2008

Cuadro 12. Frecuencia de enfermedades crónico degenerativas en el adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Insuf. Cardíaca	4	1.6
Angina de pecho	12	4.7
Infarto	16	6.2
Otra Enf. Cardíaca	7	2.7
HTAS	194	75.2
Bronquitis Crónica	12	4.7
Asma Bronquial	3	1.2
Cáncer	7	2.7
Insuf. Renal	2	0.8
Osteoartrosis	164	63.6
Gota	12	4.7
DM2	81	31.4

Fuente: Pacientes encuestados en la sala de espera de la UMF No. 16 Qro., 2008

Cuadro 13. Prevalencia de depresión en adulto mayores con enfermedades crónico degenerativas

	Con depresión	%	Sin depresión	%
Insufic. Cardíaca	0	0	4	1.55
Angina de Pecho	2	0.77	10	3.87
Infarto	4	1.55	12	4.65
Otra Enf. Cardíaca	1	0.38	6	2.32
HTAS	57	22.09	137	53.10
Bronquitis Crónica	6	2.32	6	2.32
Asma Bronquial	0	0	3	1.16
Cáncer	1	0.38	6	2.32
Insuf. Renal	0	0	2	0.77
Osteoartrosis	53	20.54	111	43.02
Gota	5	1.93	7	2.73
DM2	25	9.68	56	21.70

Fuente: Pacientes encuestados en la sala de espera de la UMF No. 16 Qro., 2008

DISCUSION

La prevalencia de la depresión se considera que es importante en adultos mayores, especialmente en las mujeres, y más uniéndose la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

Los resultados del presente estudio coinciden con otros, ya que la prevalencia de la depresión es mayor en niveles socioeconómicos bajos tanto en lo económicos como en la escolaridad, la inactividad o desempleo. (Bello, 2005)

En este estudio el mayor porcentaje de edad fue de 60 a 74 años por lo que consideramos que se trata de ancianos jóvenes, no como en países Europeos que el mayor porcentaje lo ocupan edades mayores, conocido como viejos-viejos; el mayor porcentaje de depresión que encontramos fue de la edad de 60 a 69 años coincidiendo con otros estudios realizados en Latinoamérica ya que considero que nuestras poblaciones y rasgos culturales son similares a Varela, 2002. En el adulto mayor predomina la escolaridad baja ya que la mayoría presento primaria incompleta y primaria que equivale al nivel básico de escolaridad, un mínimo porcentaje tiene estudio de nivel de licenciatura y ninguno postgrado. Coincido con otro estudio realizado en Chile donde predomina la escolaridad baja en su población geriátrica, el bajo nivel cultural-educativo parece estar presente en el grueso de nuestra población anciana con lo que la depresión también esta en su mayor porcentaje en Chile como país de comparación por el estudio realizado es similar este comportamiento, no considero extraño que otros países latinoamericanos presenten este mismo escenario.

En cuanto al estado civil, este estudio reveló que nuestra población de adultos mayores se encuentran bajo unión del matrimonio, que conviven aun con su pareja y que la mayor prevalencia de estos están con depresión, lo que parece controversia ya que se hace pensar que el estado de viudez no encabezo el estado anímico depresivo por el hecho de encontrarse solos, sin una pareja, los

adultos mayores en un alto porcentaje viven con sus hijos y en menor grado con otros familiares.

La mayor prevalencia de ocupación la observamos en los adultos mayores que se encuentran en su hogar este dato nos hace pensar que es porque el mayor porcentaje de la población geriátrica esta ocupada por la mujeres lo que conocemos como la feminización del envejecimiento y por tanto la ocupación esta dentro de su casas sin considerarse una ocupación remunerada, por estar en una edad de jubilación un mínimo de adultos mayores se encuentran aun laborando, la depresión se hace presente en una frecuencia mayor en los ancianos jubilados y en los que realizan actividades laborales domesticas las llamadas amas de casa.

La hipertensión como patología crónica degenerativa fue la que mayor prevalencia tuvo con depresión. Ya que considero que esta patología tuvo mas casos encontrados que las enfermedades osteoarticulares a pesar de que resultaron menos casos de pacientes con enfermedades articulares, la depresión tuvo una alta prevalencia en estos, se sabe que el hecho de presentar dolor constante al movimiento articular, limitación en las actividades cotidianas de la vida diaria o el hecho de ser dependiente de otra persona genera alteración anímica en este caso depresión, por lo que esperábamos encontrar una prevalencia mayor todavía, tal ves esto lo podamos explicar por encontrar adultos mayores aun en edades no tan mayores donde aun no hay tanta daño a las articulaciones, ya que otros estudios encuentran esta patología fuertemente relacionada a la depresión como ninguna otra enfermedad crónica degenerativa

En cuanto a la diabetes mellitas fue menor la prevalencia de depresión de lo que se esperaba con respecto a otros estudios que es mas alta , las enfermedades cardiovasculares, infartos o el mismo cáncer tuvo prevalencias muy bajas en esta población de adultos mayores,

CONCLUSIONES

La población mundial esta envejeciendo y con ello la problemática de la salud generando mayores gastos para atender a esta población que cada día demanda mas atención , las enfermedades crónicas deben ser atendidas con prioridad la depresión es otra patología que esta ganando terreno en nuestros ancianos, la frecuencia es muy alta por lo que debemos conocer y diagnosticar, considero de importancia conocer que enfermedades crónicas nos acompañan con mayor prevalencia de depresión ya que al atender esta patología podemos mejorar la evolución del cuadro.

Como sabemos las enfermedades articulares son generadoras de dolor constante y crónico siendo una experiencia agotadora y un sufrimiento psicológico y físico que nos dará mayores alteraciones así que en cada paciente con alteración de la movilidad articular debemos buscar un edo anímico depresivo con el hecho de dar tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos.

Espero que los médicos incrementen sus conocimientos sobre el trastorno depresivo y tomar acciones correctas para minimizar estos trastornos, por medio de la enseñanza se programen temas al personal salud.

Comprometer al paciente del autocuidado y elevar su autoestima.

Que las autoridades junto con psicología realicen un programa del paciente de tercera edad con depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Anales Sis San Navarro Influencia de socio sanitarias de la situación del edo cognitivo y animo de los pacientes gediaticos 2003, Vol. 26, no 2 p221-223

AndersonR,Freedland K - Clouse R-Lustman P., The prevalence of comorbid deprssion in adults with 2001; 24: 1069-1078

Berlanga, C. Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Rev Salud Mental 1996; 19: 26-30

Berlanga C. Trastornos depresivos evaluados sobre bajo una perspectiva fenomenológica, Salud Mental. 2000, vol 23(4) 10-21

Besedovsky HO, del Rey A. Inmune neuroendocrine: Facuss and hypotheses. Endocr Rev. 2000 17:64-102

Burns B.J. Larsen DB, goldstrom ID y Colds. Mental disorder among nursing home patients: Preliminary Findings From the national nursing home survey pretest.Int J.Geriatric psychiatry 1998,3: 27-35(88-50)

Callaham MC Asociación de síntomas de depresión y costo de las pruebas diagnosticas en adultos en edad avanzada. Ann Internal Med 1997, 130-144

CONAPO-DIF Consejo Nacional de Población –Sistema nacional para el desarrollo integral de la Familia encuesta Nacional Sociodemográfica del envejecimiento de México, D.F., 2006

De la Torre M.J. Shimabukuro m.r, varelaP.L., Acta Méd. Peruana Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica, 2006, v.23 n.3.

Dorr Otto. Z, Fenomenología de la corporalidad depresiva. Salud Mental, 2002; 25(4)

Duran Arenas- Sánchez R Vallejo M. Carreño J. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad, Salud Pub. Méx. 1996; 38: 501-512

Esquivel M.C- Bundía C.F.- Villa HF., Med. Int. Mex, 2007; 23(6):5/2-16

Frasure Smith N. Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60:627-36.

González A. Joaquín, Langarica S. R. Psicopatologías en el adulto mayor, Sociedad de Geriatria y Gerontologia de México. AC. GEMAC 1ª Edición 1996

Glassman A-O'Connor C-Califf R, Sertraline treatment of major depression in patients JAMA 2002, 288: 701-709

Gump BB, Matthews KA, Eberly LE, et al; MRFIT Research Group. Depressive symptoms and mortality in men : results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Stroke. 2005; 36: 98-102. Epub 2004 November 29

Ham-Chande R El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud de México Salud MEX 1996; 38: 409 – 418.

INEGI .Censos generales de población y vivienda, 1930, 1950, 1970 y 1990 México, DF

Judd LL. Rapaport MH, Paulus MP Subsyndromal symptomatic depression: A new mood disorder J Clin Psychiatry, 1999, 55(4):18S-28S,

Katon WJ Simon G. Russo J. et. Al Quality of depression care in a population-based sample of patients wuth diabetes and mayor depression . Med Care. 2004;42:1222-1229

National Cancer Institute . Depression PDQ. Available at: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/healthprofessional>. Accessed August 26, 2005

Omran AR.The epidemiological transition : A theory of the epidemiology of population change. MILBBANK Mem Fund Q, 1995

Organización Mundial de la Salud Décima Revisión de la Clasificación de las enfermedades. Transtornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación, Meditor. Madrid, 1994

Organización Mundial de la Salud. Segunda Asamblea sobre el envejecimiento 2002,ACOF.197/3/ add.1

Recalde, JM. Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria. 2000 Bol. Ter Andal Monogr; 16(2) : 1-48

Rev. Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health, Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos 2006,v19 n5, pp 321-330

Rev. Psiquiatria Fac. Med. Bama.Depresion y funcionamiento social, 2001, 28(4): 239-259

Rev.Méd. Santiago Chile, Perfil de Algunas condiciones Psicosociales de un grupo de adultos, 2005, v24 n.2

Rovner B.W. Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. Am J Med 2002, 94(suppl. 5^a .) 195-225 (93-027).

Shiotani I, Sato H, Kinjo K, et al. Depressive symptoms predict 12-month prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. J Cardiovasc Risk. 2002; 9: 153-160

Siris SG: Depression in schizophrenia. Implications of DSM-IV Schizophrenia AM,Psichiatri 2000;305 -313,

Small GW. Recognition and treatment of depression in the elderly. J Clin Psychiatry 2000; 52 (supp 16): 11-22.(91-035)

Strnad J BahroM Depression in old age Schweiz Med Wochenschr 1999 21; 129 (33): 1162-70

Suárez Richards Manuel, Silvana Pujol, Miguel M. Goñi, Reconocimiento y tratamiento de la depresión,2003

Tapia R- Castañon RomoR. Los retos de la Transición Hipertensión, Diabetes y enfermedades Cardiovasculares. Cuadernos de salud SSA 1^a Edición 2001.

Torrens DardeM. Depresión en gediatría. 2001,28(4):239-246

Varela L. Principios de Geriatria 1er. Edición Lima. Centro editorial VPCH;2002. p.349

ANEXO 1.

FORMA PARA ADULTO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha _____ 1 _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado " _____ 2 _____

_____ "

registrado ante el comité Local de Investigación con él numero _____ 3 _____ el objetivo de este estudio es

_____ 4 _____

_____ Se me ha explicado que mi participación consistirá en _____ 5 _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: _____ 6 _____

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado sugerencias de que no se me identificara en las prestaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

_____ 7 _____
Nombre y firma del paciente

_____ 8 _____
Nombre, matricula y firma del investigador responsable

_____ 9 _____
Testigo

_____ 9 _____
Testigo



Folio _____

Fecha de la
entrevista

Día _____

Mes _____

Año _____

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO
MAYOR CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEGENERATIVAS”**

Numero de afiliación _____	Nombre- _____	Turno Matutino ___ vespertino ___	Sexo Femenino ___ Masculino ___
¿Cuántos años cumplidos tiene? _____	¿Sabe leer? Si _____ No _____	¿Sabe escribir? Si _____ No _____	¿Hasta que grado fue ala escuela? Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Técnicos _____ Universidad _____ Postgrado _____
¿Cuál es su estado civil? Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____ Divorciado _____ Separado _____ Viudo _____	¿Con quien vive usted? Solo _____ Cónyuge _____ Hijos _____ Otros Familiares _____ Amigos _____ Otros _____	¿Cuantos miembros componen la familia con la que usted vive, incluyéndose usted? 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 y mas _____	¿Cuál es su ocupación? Hogar _____ Obrero _____ empleado _____ Comerciante _____ Profesionista _____ Técnico _____ Jubilado _____ retirado _____ Otra _____

Anexo 2

MINIMENTAL PARA PERSONAS CON 3 O MAS AÑOS DE ESCOLARIDAD
(Antes de aplicar el cuestionario lea el instructivo de la página siguiente)

ORIENTACIÓN

- | | |
|--|---------|
| ¿Qué fecha es hoy? | Puntaje |
| 1.- Día _____ | _____ |
| 2.- Mes _____ | _____ |
| 3.- Año _____ | _____ |
| 4.- ¿Que día de la semana es? _____ | _____ |
| 5.- ¿Qué hora es? _____ | _____ |
| 6.- ¿En dónde estamos ahora? _____ | _____ |
| 7.- ¿En que piso o departamento estamos? _____ | _____ |
| 8.- ¿Qué colonia es esta? _____ | _____ |
| 9.- ¿Qué ciudad es esta? _____ | _____ |
| 10.- ¿Qué piso es este? _____ | _____ |

REGISTRO

- Le voy a decir 3 objetos, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita:
- 11.- Papel _____
 - 12.- Bicicleta _____
 - 13.- Cuchara _____

ATENCIÓN Y CÁLCULO

- Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.
- 14.- 93 _____
 - 15.- 86 _____
 - 16.- 79 _____
 - 17.- 72 _____
 - 18.- 65 _____

LENGUAJE

- Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir.
- 19.- Tome este papel con la mano derecha _____
 - 20.- Dóblelo por la mitad _____
 - 21.- Y déjelo en el suelo _____
 - 22.- Por favor, haga lo que dice aquí _____
 - 23.- Quiero que por favor escriba una frase que diga en mensaje _____

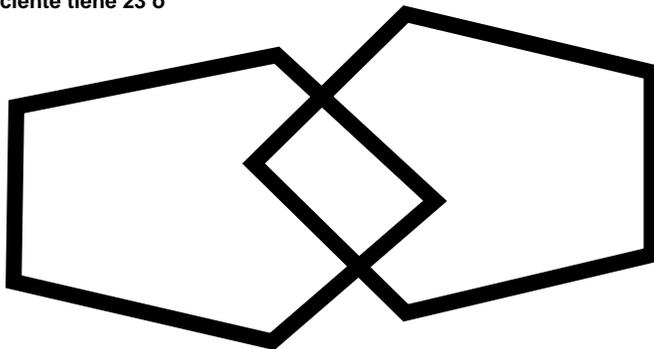
MEMORIA DIFERIDA

- Dígame los tres objetos que le mencioné al principio.
- 24.- Papel _____
 - 25.- Bicicleta _____
 - 26.- Cuchara _____
 - 27.- Copie el dibujo tal como está (Ver el dibujo) _____
 - 28.- Muestre un reloj y diga ¿Qué es esto? _____
 - 29.- Muestre un lápiz y diga ¿Qué es esto? _____

- Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.
- 30.- Ni no, ni si, ni pero. _____

PUNTAJE TOTAL

Si el paciente tiene 23 o de



menos puntos, tiene mayor probabilidad tener demencia. Dibujo

Anexo 3

MINIMENTAL PARA PERSONAS CON MENOS DE 3 AÑOS DE ESCOLARIDAD
(Antes de aplicar el cuestionario lea el instructivo de la página siguiente)

ORIENTACIÓN

	Puntaje
¿Qué fecha es hoy?	
1.- Día _____	_____
2.- Mes _____	_____
3.- Año _____	_____
4.- ¿Que día de la semana es? _____	_____
5.- ¿Qué hora es? _____	_____
6.- ¿En dónde estamos ahora? _____	_____
7.- ¿En que piso o departamento estamos? _____	_____
8.- ¿Qué colonia es ésta? _____	_____
9.- ¿Qué ciudad es ésta? _____	_____
10.- ¿Qué piso es éste? _____	_____

REGISTRO

Le voy a decir 3 objetos, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita:

11.- Papel _____	_____
12.- Bicicleta _____	_____
13.- Cuchara _____	_____

LENGUAJE

Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir.

19.- Tome este papel con la mano derecha _____	_____
20.- Dóblelo por la mitad _____	_____
21.- Y déjelo en el suelo _____	_____

MEMORIA DIFERIDA

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio.

24.- Papel _____	_____
25.- Bicicleta _____	_____
26.- Cuchara _____	_____
28.- Muestre un reloj y diga ¿Qué es esto? _____	_____
29.- Muestre un lápiz y diga ¿Qué es esto? _____	_____

Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.

30.- Ni no, ni si, ni pero. _____	_____
-----------------------------------	-------

SUME 8 PUNTOS.

PUNTAJE TOTAL

Si el paciente tiene 23 o menos puntos, tiene mayor probabilidad de tener demencia.

ANEXO 4

En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método, el puntaje va de 1 a 5 y se indican las diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar el estrato socio-económico, se suman Las cantidades señaladas en cada variable. **SEGÚN LA SIGUIENTE TABLA.**

A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

- 1.- Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas
2. profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.-Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.-Obrero especializado, tractorista, taxista. etc.
- 5.-Obrero no especializado, servicio domestico, etc..

B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

- 1.- Universitaria o su equivalente
- 2.-Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.-Secundaria incompleta o técnico inferior (Cursos cortos)
- 4.-Educación primaria completa
- 5.-Primaria incompleta, analfabeta

C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS

- 1.-Fortuna heredada o adquiridas (grandes negocios)
- 2.-Ingreso proveniente de una empresa privada, negocios Honorarios profesionales Médicos, abogados etc., deportistas profesionales.
- 3.-Sueldo quincenal o mensual
- 4.- Salario diario o semanal
- 5.-Ingreso de origen público o privado subsidios

D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA

- 1.-Vivienda amplia lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
- 2.- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitaria
- 3.-Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias
- 4.,Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- 5.-Vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o construcción

Relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

	A	B	C	D
4-6 EXTRACTO ALTO				
7-9 MEDIO ALTO				
10-12 MEDIO BAJO				
13-16 OBRERO				
17-20 MARGINAL				

<p>XI. COMORBILIDAD</p> <p>¿Padece de alguna de las siguientes enfermedades diagnosticadas por un medico?</p> <p style="text-align: center;"><u>Tipo de enfermedad</u> <u>Desde hace</u> <u>cuanto tiempo</u></p> <p>1. Insuficiencia cardiaca meses _____ Años _____</p> <p>2. Angina de pecho meses _____ Años _____</p> <p>3. Infarto meses _____ Años _____</p> <p>4. Otra enfermedad Cardiaca meses _____ años _____</p> <p style="text-align: center;">ESPECIFIQUE TIPO DE ENF CARDIACA</p> <hr/> <p>5. Hipertensión arterial meses _____ Años _____</p> <p>6. Bronquitis crónica meses _____ Años _____</p>	<p>7. Asma. meses _____ Años _____</p> <p>8. Cáncer meses _____ Años _____</p> <p>ESPECIFIQUE TIPO DE CANCER</p> <hr/> <p>9. Insuficiencia renal meses _____ años _____</p> <p>10. Osteoartritis meses _____ Años _____</p> <p>11. Gota meses _____ Años _____</p> <p>12. Cirrosis hepática meses _____ años _____</p> <p>13. Otra _____ meses _____ años _____</p> <p><input type="radio"/> ESPECIFIQUE QUE OTRAS ENFERMEDADES</p> <hr/>
--	---

<p>XIII. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA</p> <p>Ahora le voy a leer una lista de afirmaciones, por favor dígame “SI”, “NO”, según haya coincidido con lo que sintió durante <u>LA ÚLTIMA SEMANA.</u></p>	
<p>1. ¿Esta básicamente satisfecho con su vida?</p> <p>2. ¿Ha renunciado a muchas actividades y aficiones?</p> <p>3. ¿Siente que su vida esta vacía?</p> <p>4. ¿Se siente a menudo aburrido?</p> <p>5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?</p> <p>6. ¿Tiene miedo de que le ocurra algo malo?</p> <p>7. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?</p> <p>8. ¿Se siente a menudo indefenso?</p> <p>9. ¿Prefiere quedarse en casa mas que salir y hacer cosas nuevas?</p> <p>10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas de su edad?..</p> <p>11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?</p> <p>12. ¿Se siente bastante inútil tal y como esta ahora?</p> <p>13. ¿Se siente lleno de energía?</p> <p>14. ¿Piensa que su situación es desesperada?</p> <p>15. ¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted?.....</p>	<p>Si No</p> <p>.....</p>

ABREVIATURAS:

OMS: Organización Mundial de la Salud
INEGI: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía Informáticas
DF: Distrito Federal
ONU: Organización de las Naciones Unidas
CONAPO: Consejo Nacional de Población
SSA: Secretaría Salud
DSMIII: Diagnostico de Salud Mental
CIE-10: Décima revisión Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de Salud en el apartado de Trastornos Mentales
ECV: Enfermedad cardiovascular
DM: Diabetes Mellitus
ACV: Accidente Cerebral Vascular
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GDS: Escala Geriátrica de depresión de Yesavage
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF: Unidad de Medicina Familiar
5-HIAA: 5- hidroxindolacético
5-HTP: 5- hidroxitriptofano
Try: Triptófano
IMAO: Inhibidores de la aminoaminoxidasa
5-HT_{i,2,3}: Receptores de serotonina
TAC: Tomografía
ACTH:
CRH: Hormona liberadora corticotropina
HHS: Hipotálamo – Hipófisis- Suprarrenales
PET: Tomografía por emisión de positrones
SNC: Sistema Nervioso Cerebral
RNF: Resonancia Magnética funcional