



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 2
SALTILLO, COAHUILA**

***FRECUENCIA DE DEPRESION DEL ADULTO MAYOR EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCION***

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LAURA GUADALUPE REYES MORALES

SALTILLO, COAHUILA

GENERACION 2006 - 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

***FRECUENCIA DE DEPRESION DEL ADULTO MAYOR EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION***

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

PRESENTA:

DRA. LAURA GUADALUPE REYES MORALES

AUTORIZACIONES:

**DRA. GLORIA NARRO SANCHEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 EN SALTILLO, COAHUILA.**

**M en C ANA SILVIA LEMINI BARRIENTOS
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS.**

**DRA. HILDA LUNA CASTILLO
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MF #2 EN SALTILLO,
COAHUILA**

***FRECUENCIA DE DEPRESION DEL ADULTO MAYOR EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION***

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

PRESENTA:

DRA. LAURA GUADALUPE REYES MORALES

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**PENSAMIENTO DE LA CULTURA POPULAR SOBRE EL ENVEJECIMIENTO
PARA REFLEXIONAR.....**

“La madera vieja es la mejor para quemar, el vino añejo es el mejor para beber, los viejos amigos los mejores para confiar y los viejos autores los mejores para leer”

Agradecimiento

A Dios por caminar conmigo y por hacerme con su amor más fácil el camino... porque es mi sol, mi calor, mi esplendor, mi fuerza y mi paz...

A mi esposo por su apoyo incondicional, su paciencia y motivación en mi superación personal y profesional con todo mi amor...

A mi madre por su confianza, su cariño eterno y por su gran ejemplo de fortaleza en el diario vivir.

A mis profesores que guiaron mi enseñanza y compartieron conmigo sus conocimientos.

.

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a ti Enrique porque me acompañaste siempre en mis horas de desvelo compartiendo y apoyando el esfuerzo de este proyecto que hoy vemos finalizado. Con profundo amor y respeto.

Con muchísimo cariño para mi Madre, estoy orgullosa de tí porque me sigues demostrado a tus 85 años que el querer es poder.

Febrero 2009.

INDICE GENERAL

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1.- MARCO TEORICO..... | 1 |
| 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 10 |
| 3.- PREGUNTA DE INVESTIGACION..... | 10 |
| 4.- JUSTIFICACION..... | 11 |
| 5.- OBJETIVOS: | |
| 5.1 OBJETIVO GENERAL..... | 12 |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 12 |
| 6.- HIPOTESIS..... | 13 |
| 7.- METODOLOGIA: | |
| 7.1 TIPO DE ESTUDIO..... | 14 |
| 7.2 POBLACION DE ESTUDIO..... | 14 |
| 7.3 LUGAR DE ESTUDIO..... | 14 |
| 7.4 PERIODO DE ESTUDIO..... | 14 |
| 7.5 UNIDAD DE ANALISIS..... | 14 |
| 7.6 TIPO DE MUESTRA..... | 15 |
| 7.7 TAMAÑO DE MUESTRA..... | 15 |
| 7.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN..... | 16 |
| 7.8.1 CRITERIOS DE INCLUSION..... | 16 |
| 7.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSION..... | 16 |
| 7.8.3 CRITERIOS DE ELIMINACION..... | 16 |
| 7.9 VARIABLES DE ESTUDIO..... | 17 |
| 7.10 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO..... | 19 |
| 7.11 TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION..... | 21 |
| 7.12 PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION..... | 22 |
| 7.13 CONTROL DE CALIDAD..... | 23 |
| 7.14 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS..... | 24 |
| 7.15 PLAN DE ANALISIS..... | 25 |
| 7.16 LIMITACIONES DEL ESTUDIO..... | 26 |

| | |
|--|----|
| 7.17 CONSIDERACIONES ETICAS..... | 27 |
| 7.18 RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS..... | 28 |
| 8.- DIRECCION DEL PROYECTO: | |
| 8.1 PLAN PARA LA ADMINISTRACION Y SUPERVISION DEL PROYECTO Y UTILIZACION DE RESULTADOS..... | 29 |
| 9.- RESULTADOS: | |
| 9.1 DESCRIPCION DE RESULTADOS..... | 30 |
| 9.2 PRESENTACION CUADROS Y GRAFICAS..... | 32 |
| 10.- DISCUSION..... | 38 |
| 11.- CONCLUSIONES..... | 40 |
| 12.- RECOMENDACIONES..... | 42 |
| 13.- REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS..... | 43 |
| 14.- ANEXOS: | |
| 14.1 ANEXO 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 45 |
| 14.2 ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA..... | 46 |
| 14.3 ANEXO 3: FORMATO PARA EL PACIENTE..... | 47 |

1. MARCO TEORICO.

La depresión es tan vieja como la humanidad y durante muchos siglos fue manejada por amigos, brujos, sacerdotes, etc. y tratada con todo tipo de pócimas, brebajes, baños, cambios de ambiente etcétera.

La historia del concepto de la enfermedad de los desórdenes del afecto, comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le consideró como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra. Este término hipocrático sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de la teoría de Hipócrates, para emerger posteriormente en los escritos de Celso en latín como la "Atrabilis", específicamente en su obra "De Medicina" (año 30 dc).

El autor griego Galeno, en sus trabajos llevados a cabo en Roma entre los años 131 al 201 dc, definió finalmente un concepto de melancolía y ofreció una explicación filosófica de tipo humoral.

Samuel Jonhson durante toda su vida sostuvo una gran lucha por hacer cambiar el término desorden melancólico por el de depresión, y a él se le debe la popularidad de este término. A partir de este momento se comenzaron a ver desplazados los términos de: "El bazo", "La enfermedad inglesa", "Los vapores" y "La locura melancólica". Hacia el final del siglo XIX el término depresión había desplazado virtualmente a la melancolía en la mayoría de las nomenclaturas. La historia de los desórdenes afectivos revela un calidoscopio de opiniones médicas pero con ciertas constantes unificadoras. "La fórmula de la gran tristeza sin aparente ocasión" y "La mente fija sobre un solo pensamiento" ha sido repetida a menudo desde el siglo V ac. hasta el presente en la literatura médica occidental.¹

Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población de 60 años, no sólo en las naciones desarrolladas, donde el porcentaje de la población de esta edad alcanza hasta el 15-20%, sino también en nuestro país, donde es del 7%. Trabajos de proyecciones de crecimiento poblacional

realizados en el Perú revelan un crecimiento de dicho grupo etéreo de 12% para el año 2025.

La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento" convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982, adoptó la definición de ancianos como la población de 60 años y más. Posteriormente se nombra a este grupo etéreo como el de "adulto mayor". Han pasado más de 20 años, en que el "Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento", multisectorial, multidisciplinario y adaptado a las características de cada país, fue aprobado en dicha Asamblea. En Abril 2002 se convocó a la "Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento", en el contexto que una sociedad para todas las edades es aquella que elimina los factores discriminatorios por motivos de edad. Al ingresar al nuevo milenio y reflexionar sobre cómo se ha ejecutado dicho plan de acción en el Perú, podemos decir que sólo se ha cumplido en una etapa inicial. Se ha empezado con la toma de conciencia acerca de las personas en edad geriátrica y la formación de sociedades, Institutos Gerontológicos y realización de cursos de pre-grado, post-grado en Geriátrica, siendo avances a resaltar por parte de las universidades. El problema de atención geriátrica en nuestro medio ha sido realizado a nivel de Asilos, que como sistema de atención especializada no ha sido una solución ²

El envejecimiento de la población es considerado tanto un signo como un resultado del desarrollo económico y social de un país. En este sentido, la ONU pronostica para el año 2050 que en las regiones desarrolladas habrá más del doble de personas mayores de sesenta años que menores de quince; mientras que en las menos desarrolladas el porcentaje poblacional de los primeros se incrementará de un ocho a un veintiuno durante el período comprendido entre 1998 y 2050. En conjunto, la proporción de personas mayores en el mundo pasará de un diez a un veintidós por ciento en el transcurso de dicho período. ³ En las sociedades occidentales, el alto porcentaje de personas mayores permite hablar de un poder gris, que hace que los políticos deban contemplar cuidadosamente las demandas de este colectivo en sus programas electorales si pretenden alcanzar unos buenos

resultados en las urnas. La repercusión social de este envejecimiento poblacional no sólo se deja sentir en los comicios, sus manifestaciones se extienden a otros ámbitos como cambios en la estructura y dinámica familiar, imagen y valoración social del envejecimiento, costes de la atención social y sanitaria de este sector de población, participación e integración en la sociedad, etc. Estamos pues ante un fenómeno social complejo que reclama un abordaje multidisciplinario que atienda las numerosas caras de este dinámico poliedro ².

En la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea el enfoque de salud al completo estado del bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedad o incapacidad.

En el elemento biológico, psicológico y social, que es el individuo, como se conoce, las alteraciones de cualquier componente ejercen influencia en todo y por ende trae como resultado la aparición de la enfermedad.

El elemento social para su estudio en este caso puede ser separado, pero sin dejar de resaltar su interacción con lo biológico y con lo psicológico. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, hay 100 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo. Con una alta prevalencia en el adulto, con 15% de hombres y 24% de mujeres. El porcentaje mayor comprendido entre las edades de 18 y 45 años, que como se conoce es la etapa de mayor productividad del individuo.³

La Organización Mundial de la Salud informa que la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo. Es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre.

Desde el punto de vista socioeconómico, la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria. Mediante análisis ajustado por morbilidad se ha determinado que el costo monetario que implica la atención de pacientes deprimidos es mayor que el de pacientes sin depresión.

En otros países, la prevalencia de depresión es de 10 a 20 %. En el año 2003, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México indicó

5.8 % (IC 95 % = 5.2 a 6.5) de prevalencia poblacional de síntomas depresivos en el sexo femenino.⁴

La población de la gran mayoría de los países occidentales está experimentando un proceso de envejecimiento progresivo debido principalmente a la disminución de la tasa de natalidad y al aumento de la longevidad. Si, como es previsible, la esperanza de vida se mantiene o se incrementa, en España pasaríamos de 6,3 millones de ancianos en el año 2002 a 8,1 millones en el año 2025, siendo entonces cuando la población anciana representaría el 20 % de la población general. Cada vez más el envejecimiento de la población hace que los problemas de salud mental en los ancianos adquieran una importancia de primera magnitud, ya que la patología psiquiátrica tiene una elevada prevalencia en las personas ancianas. Dentro de los trastornos psiquiátricos en este grupo de edad, la depresión constituye, junto con la demencia, el diagnóstico más frecuente, oscilando en un rango del 10-30 % para los trastornos depresivos en general, incluyendo formas menores y mayores de depresión.⁵

Se realizó un estudio transversal-analítico en 511 sujetos de 60 años y mayores. Se identificaron casos probables de depresión con la escala geriátrica de Yesavage y Brink de 15 reactivos y factores de riesgo asociados utilizando la razón de momios. En el Servicio de Geriátrica en la Unidad Especialidades Médicas (UEM) entre febrero y julio del 2006, en el DF. La prevalencia de depresión fue de 41.7%, se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia, un riesgo moderado en aquellos con inactividad física, dependencia económica y género femenino. Riesgo débil en aquellos con pluripatología y polifarmacia, y una acción protectora en aquellos con desarmonía familiar. La depresión es la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores, afecta a 10% de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35% de los que viven en casas hogar para ancianos y de 10 a 20% de los hospitalizados. Además afecta a 40% de los individuos que padecen un problema somático y

están en tratamiento por ello, y 50% de todas las hospitalizaciones en los centros psiquiátricos es por esta discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad. En México es la principal discapacidad mental; sin embargo, hay una escasez de estudios epidemiológicos en instituciones de atención médica a nivel nacional y en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos. Estudios realizados en los últimos cinco años en diferentes instituciones de atención médica en provincia registran proporciones de depresión en los adultos mayores de 15 a 62%. Asimismo, en investigaciones realizadas en el Distrito Federal y zona metropolitana el rango de proporciones de episodios depresivos en adultos mayores es de 57.1 a 79.5%.⁶

La depresión que se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas.

La Asociación Psiquiátrica Americana la define como un trastorno de ánimo o falta de interés o placer en todas las actividades con síntomas asociados; por un periodo mayor a dos semanas. La OMS propone que el enfermo que la padece sufre de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lo lleva a disminuir su nivel de actividad y a sentir cansancio exagerado aún después de un esfuerzo mínimo.

Las depresiones en los ancianos muestran, en muchos casos, características especiales y, en ocasiones, resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presentan. Es habitual que estén más interesados por la evolución de sus síntomas físicos, por otra parte, frecuentes, que por su tristeza o melancolía. Es importante recordar que las depresiones del anciano correctamente tratadas evolucionan favorablemente, especialmente en sus formas más simples; por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con trastornos somáticos,

sobre todo de tipo metabólico o cardiovascular, con el consiguiente riesgo vital para el paciente.⁷

La depresión en el adulto mayor se presenta con algunos síntomas que son infrecuentes en personas jóvenes: deterioro cognitivo que simula una demencia, ansiedad, insomnio y somatización. Se sabe que el adulto mayor tiene un mayor riesgo de depresión en relación a los cambios del envejecimiento cerebral, la mayor prevalencia de enfermedades invalidantes, el uso de algunos fármacos, la inmovilización, el luto y los problemas sociales y económicos que afligen a este grupo etéreo. El reconocimiento precoz de esta entidad es crucial en el pronóstico así como también el inicio del tratamiento adecuado según el tipo, severidad y enfermedades concomitantes de cada paciente, con fármacos antidepresivos como: Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ATC), Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina ((ISRS), Moduladores de la serotonina y noradrenalina, Inhibidores de la recaptura mixtos de serotonina y noradrenalina (IRMSN); Inhibidores de la recaptura de noradrenalina (IRN) e Inhibidores de la recaptura de dopamina y noradrenalina (IRDN) y medidas psicoterápicas.⁸

Para lograr un diagnóstico certero de depresión en el anciano es requisito tener los conocimientos y experiencia necesarios para distinguir entre quejas funcionales frecuentes del envejecimiento normal, síntomas depresivos que puedan corresponder a un trastorno físico no detectado o por el contrario un cuadro depresivo no identificado y manifestado por quejas somáticas, otra posibilidad no poco frecuente es la comorbilidad de un trastorno depresivo vinculado con un trastorno médico. En lo que a diagnóstico se refiere se hará referencia al uso de instrumentos clinimétricos auxiliares para la detección, diagnóstico y medición de la gravedad de los síntomas y estados depresivos. Desde años atrás han surgido instrumentos para la “medición” de la depresión en adultos jóvenes. A últimas fechas se cuentan con instrumentos para el mismo propósito pero para ser aplicadas en adultos mayores. Desde hace casi 15 años, se ha venido aplicando la escala de depresión geriátrica

de Yesavage, la cual originalmente contó con 30 reactivos, una versión más reciente y abreviada (15 reactivos) también se está utilizando. En México hay experiencia y datos de validación para su uso.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional en la Unidad de Medicina Familiar No. 44 del IMSS, Distrito Federal México, durante el mes de enero 1996, utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage y Brink en su versión original de 30 reactivos, este instrumento tiene una sensibilidad de 0.91 y especificidad de 0.72 en relación con el diagnóstico según los criterios establecidos en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). En este estudio se incluyeron 329 pacientes elegidos en forma aleatoria, el resultado fue 42 % mujeres con depresión leve y el 15 % con depresión moderada a severa, mientras que el hombre 30% depresión leve y el 7% depresión moderada a severa, un porcentaje alto para la población estudiada, la causa de los índices tan altos fueron la crisis económica en ese momento, la cercanía de las festividades navideñas y que la mayoría de los pacientes interrogados tenían una ó más enfermedades concomitantes.⁹

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en pacientes que acudieron a la Unidad de atención al paciente ambulatorio (consulta externa) del servicio de geriatría del Hospital General de México, de junio de 2001 a junio de 2002, aplicando la escala de depresión geriátrica Yesavage (15 reactivos) escalas cognitivas y funcionales se investigaron las siguientes variables: características demográficas, entorno social, estado funcional físico y mental estado clínico en general, encontrando una prevalencia del 9.7 % en una población de 2013 personas evaluadas. Al compararse con la entrevista psiquiátrica, la escala de depresión geriátrica Yesavage mostró sensibilidad del 92 % y especificidad del 89% con un valor predictivo positivo de 53 % y negativo de 99 %. Actualmente se utiliza la versión de 15 ó de 5 preguntas con el objetivo de disminuir el tiempo de evaluación.¹⁰

En la Revista de Depresión en el adulto mayor de la Secretaria de Salud CONAEN (comité nacional de envejecimiento). Guía de Consulta para el Médico General del programa de salud en el adulto y en el anciano del

2007. Se hace especial mención que dentro de la valoración del anciano, la identificación del problema es el primer paso para el abordaje adecuado de la depresión.¹¹

La atención de la depresión implica una intervención integral que contemple el abordaje de los aspectos biológicos (antidepresivos), psicológicos y sociales. Las intervenciones Psicológicas contemplan diferentes tipos de psicoterapia individual y de grupo. En cuanto a los aspectos sociales es de la mayor importancia establecer comunicación con la familia tanto para obtener como para dar información. Con frecuencia, hay desconocimiento en cuanto a la naturaleza de la depresión como una entidad patológica y no con poca frecuencia intentan su corrección mediante regaños, paseos y otras tantas alternativas inadecuadas y desde luego poco exitosas. Por ello, al médico le corresponde proporcionar a la familia la información requerida dentro de un proceso educativo y simultáneamente constituir de manera conjunta una red de apoyo para el paciente deprimido y un frente común de ataque en contra de la depresión.¹²

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico pensar que los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos. El estudio del ciclo vital familiar permite comprender mejor los ajustes paulatinos a los cuales debe de enfrentarse la familia que envejece. Hoy en día la familia sigue siendo el sitio ideal de convivencia para las personas en la última etapa de su vida, por lo tanto es muy importante para el personal de la salud el conocimiento de los nuevos escenarios de transformación que está viviendo la familia así como los nuevos retos a enfrentar. Conflictos familiares. La vejez en un miembro de la familia enfrenta al resto a esta realidad elusiva que no se quiere ver, la enfermedad provoca que las funciones, el orden y las rutinas se resquebrajen produciendo angustia y pérdida de papeles y proyectos, la economía se redirige y el sistema se tambalea expresando esta desazón en furia, exigencias desmedidas al equipo de salud y las instituciones, guerras

entre subsistemas para las decisiones , culpabilidad insoportable y tantos otros conflictos que repercuten fuertemente en el bienestar del enfermo. Según la OMS (1984) es necesario realizar esfuerzos encaminados a promover y elaborar instrumentos para estudios tipo encuesta que permitan medir las funciones física y mental así como los grados de dependencia social y económica en individuos de edad avanzada y de diversos ámbitos sociales, económicos y culturales. La investigación en los servicios de salud es necesaria, sobre todo en los países en desarrollo para comparar el impacto de la salud de los ancianos que tienen los diversos modelos de atención en diferentes contextos así como aplicar medidas eficaces en intervenciones concretas, mas aún el estudio de las causas, patogenia y tratamiento de las alteraciones mas frecuentes en el viejo debe de ser eficazmente apoyado. Dentro de los campos prioritarios, cuya definición depende básicamente de la calidad de los datos obtenidos y del diagnostico preciso de la situación en que viven los ancianos se encuentran: salud mental en la vejez, sobre todo la frecuencia y forma de presentación de la depresión y las enfermedades demenciales, ya que se desconoce la forma de resolverlas y más aún de prevenirlas.¹³

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Dado al aumento considerable en la población del adulto mayor en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 2 en Saltillo, Coahuila y teniendo una población real de 17,272 derechohabientes adultos mayores de 60 años en la actualidad. Y de acuerdo a la literatura existe una prevalencia de depresión que varía desde el 4 al 35 %, autores como Castro-Lizárraga y col reportan hasta un 41.7 %. Partiendo de este punto, es de suponerse que tenemos una gran cantidad de pacientes deprimidos no diagnosticados en la unidad. Siendo el médico del primer nivel de atención, el que tiene más relación con este tipo de pacientes pues es quien primero lo recibe y es quien debiera pensar en este diagnóstico, contando con los instrumentos clinimétricos, uso de encuestas, escalas para valoración adecuados para establecer el diagnóstico temprano de depresión en un paciente, considerándola como una patología y no seguir catalogando dicha condición como parte de su envejecimiento pues se continuará sin darle la importancia necesaria para su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno realizando así una intervención precoz que pudiera mejorar el pronóstico de su depresión, evitar la exacerbación de la misma así como la falta de apego a su tratamiento.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la frecuencia de depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención del Hospital General Zona con Medicina Familiar N° 2 de Saltillo, Coahuila?

4. JUSTIFICACIÓN PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN.

Se requiere conocer la frecuencia de la depresión en el adulto mayor de 60 años y más, puesto que hasta la fecha no tenemos una investigación al respecto en nuestra unidad y seguimos viendo este problema como un síntoma propio del envejecimiento y no como una entidad nosológica que genera un alto impacto en la demanda de consultas, un alto gasto económico al solicitarle al paciente una serie de estudios sofisticados e interconsultas a diferentes especialidades para en muchas ocasiones concluir que el paciente muestra aparentemente deterioro orgánico visible propio de la evolución normal de su envejecimiento exacerbado por la depresión coexistente, sin embargo, sabemos que la depresión forma parte de un síndrome orgánico cerebral que requiere una detección temprana, un diagnóstico y tratamiento oportunos lo cual redundará en una mejoría en la calidad de vida del paciente, la de su familia y por lo tanto en una disminución en la demanda de consulta por éste motivo. Por lo tanto ésta investigación esta motivada por la necesidad de conocer la frecuencia de éste problema en nuestro medio tomando medidas al respecto principalmente en la detección, la prevención y el tratamiento oportuno.

5. OBJETIVOS:

5.1 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.

Conocer la frecuencia de depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 de Saltillo, Coahuila.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- Conocer el grado de depresión en el adulto mayor del primer nivel de atención del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

2.- Determinar la frecuencia de depresión por grupo de edad en el adulto mayor en el primer nivel de atención del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

3.- Conocer la distribución de la depresión por género en el adulto mayor en el primer nivel de atención en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 en Saltillo, Coahuila.

6. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION.

Este estudio dado su diseño no requiere hipótesis.

7. METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

POBLACION DE ESTUDIO: Personas de 60 años y más en el primer nivel de atención del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

LUGAR DE ESTUDIO: Primer nivel de atención del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

PERIODO DE ESTUDIO. De 1 de Agosto al 30 de Octubre de 2007.

UNIDAD DE ANALISIS: Persona de 60 años y más.

7.6 MUESTRA:

7.6.1 TIPO DE MUESTREO.

No Probabilístico, por casos consecutivos.

7.7 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de muestra se calcula de acuerdo a la frecuencia que buscamos obtener y que por estudios previos sabemos que es del 70 % con un nivel de confianza al 95 % correspondiente a un valor $\alpha = 0.05$ y una precisión de 0.05. Calculada con la siguiente formula:

$$N = \frac{Z\alpha^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

$$N = \frac{(3.84)^2 (.70)(.30)}{0.0025} = \frac{0.8064}{0.0025} = 322$$

En donde:

N = tamaño de la muestra que se requiere.

p = proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1- p (complementario, sujeto que no tiene la variable en estudio).

δ = precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

$Z\alpha$ = distancia de la media de valor de significación propuesto. Se obtiene de las tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor de α de 0.05 al que le corresponde un valor de z de 1.96.

7.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

a) CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Personas de 60 años y más
- 2.- Personas de ambos géneros.
- 3.-Personas que sean derechohabientes al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 en Saltillo, Coahuila.
- 4.-Personas que acudan a la consulta de medicina familiar independientemente del motivo.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.- Personas que tengan alguna patología que limite su comunicación como secuelas de enfermedad cerebro-vascular, hipoacusia, enfermedades psiquiátricas.
- 2.- Personas que estén bajo tratamiento antidepresivo o tengan apoyo psicológico.
- 3.- Personas que no acepten participar en la encuesta.

c) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 1.- Persona en que la encuesta tenga datos confusos.
- 2.- Personas que no completen la encuesta.

7.9 VARIABLES DE ESTUDIO:

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición | Indicador |
|-----------------------|------------------|--|--|--------------------------------|--|
| Depresión | Dependiente | <p>Estado de abatimiento que acarrea una imposibilidad de acción; puede ser física o psíquica. Tristeza extrema sin causa aparente</p> <p><u>Depresión leve:</u> cuando la persona presenta algunos síntomas de depresión , cambios en el humor y perdida de la capacidad de interesarse o disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad y el realizar actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario</p> <p><u>Depresión moderada a severa:</u> falta de interés o placer en todas las actividades con</p> | <p>Se determinará después de haber aplicado por el investigador la escala de depresión geriátrica Yesavage validada y que consta de 15 reactivos que investiga y focaliza la atención en la semiología depresiva y calidad de vida datos como estado de ánimo , de humor y en base a los resultados se determinará si existe o no depresión en la persona encuestada .</p> | <p>Cualitativa Ordinal</p> | <p>0 – 5 = sin depresión 6 - 9 = Depresión leve ≥ 10 = Depresión moderada a severa</p> |

| | | | | | |
|--------------|---------------|--|---|--------------------------------------|---|
| | | síntomas asociados como pérdida de la autoestima, sentimientos de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte, disminución de la concentración por un periodo mayor de dos semanas y esto le impide realizar sus actividades de la vida diaria. | | | |
| Adulto mayor | Independiente | Edad senil, senectud, período de la vida humana cuyo comienzo se caracteriza por la declinación de todas las facultades. | Se interrogará a la persona acerca del número de años cumplidos | Cuantitativa Numérica | En años |
| Género | Independiente | Condición orgánica, que distingue lo masculino de lo femenino | Se preguntará sobre su género y se anotará según lo manifieste el paciente | Cualitativa Nominal dicotómica | 1 Masculino 2 femenino |
| Estado civil | Independiente | Clase o condición de una persona en el orden social. | Se preguntará a la persona sobre su estado civil y se anotará el resultado referido | Cualitativa Nominal politómica | 1= soltero 2= casado 3= divorciado 4= viudo |

7. 10 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

1.- Se informó a las autoridades directivas y educativas de la unidad participante la intención e importancia de realizar el proyecto de investigación para contar con su autorización. Determinar la factibilidad del proyecto en cuanto a costos y disponibilidad de los servicios.

2.- Se registró el proyecto ante el comité local de investigación y se obtendrá el número de registro.

3.- Se dió a conocer el proyecto de investigación a los médicos Familiares de la unidad participante, para contar con su colaboración.

4.- Se invitó a las personas que cumplan con los criterios de selección a participar en el estudio y previa firma del consentimiento informado se procederá a aplicar por el investigador principal la escala de depresión geriátrica Yesavage misma que esta validada desde 1982, diseñada por Brink y Yesavage y recomendada por British Geriatrics Society para evaluar depresión en ancianos y que consta de 15 reactivos que focaliza la atención en la semiología depresiva satisfacción con la vida , abandono a intereses o aficiones , sensación de vida vacía , aburrimiento , estado de animo abatido, miedo a que suceda algo malo, sentimientos de felicidad , sentimientos de desgracia , falta de interés a salir y hacer cosas nuevas, problemas de memoria , ganas de seguir vivo, minusvalía , falta de energía . Al término del cuestionario se sumará el puntaje total con la siguiente interpretación: de 0 a 5 = sin depresión, de 6 a 9 puntos = depresión leve y 10 ó + puntos = depresión moderada a severa.

5.- Una vez identificada la frecuencia de depresión se le informara al personal medico, a la persona y al familiar acompañante los resultados y se le ofrecerá tratamiento que podrá comprender fármacos, apoyo psicológico y apoyo familiar

6.- Se analizaron e interpretaron los resultados

7.- Se realizó la representación esquemática de los resultados

8.- Se elaboró el informe final

9.- Se redactó el escrito medico

10.- Se enviará para su publicación en revistas medicas nacionales e internacionales

7.11 TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

TECNICA: Cuestionario

FUENTE: Personas de 60 años y más adscritas al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.

INSTRUMENTO: Escala de depresión geriátrica Yesavage

7.12 PLAN PARA LA RECOLECCION E LA INFORMACION

1.- PERMISOS.

a) Presentación del protocolo de investigación a las autoridades del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 Saltillo, Coahuila

b) Revisión y aprobación del protocolo por el comité local de investigación del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 Saltillo, Coahuila.

2.- RECOLECCION DE LA INFORMACION.

a) Se entrevistaron diariamente a 5 personas que cumplieron con los criterios de selección establecidos, se aplicó el cuestionario validado de depresión geriátrica Yesavage durante el periodo comprendido entre 1º de agosto al 30 de octubre de 2007 o hasta completar nuestro tamaño de muestra deseada.

3.- ALMACENAR LA INFORMACION.

a) Realizar la captura de la información

b) Interpretar los resultados de la información

c) Analizar los resultados de la escala de depresión geriátrica Yesavage por el investigador responsable

7. 13 CONTROL DE CALIDAD

El control de calidad estará dado por la encuesta Yesavage diseñada y validada por Brink y Yesavage en 1982 y recomendada por British Geriatrics Society para evaluar depresión en ancianos, la cual fué aplicada en forma directa por el investigador.

7.14 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS:

- 1.- Recolección de la información con los instrumentos diseñados para ello.
- 2.- Revisión de la información y codificación
- 3.- Diseño de la base de datos
- 4.- Captura de la información
- 5.- Revisión de la base de datos
- 6.- Análisis de los datos.

7.15 PLAN DE ANALISIS

Las encuestas recabadas fueron sometidas a procedimiento de captura de datos con los programas de Excel y de Epi-Info v. 12, SPSS v.15 para obtener medidas de tendencia central, medidas de dispersión.

7.16 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

En este estudio por su tipo de diseño sólo reportamos medidas de tendencia central y frecuencias.

No podemos demostrar asociación.

En este estudio no se tomaron en cuenta otras variables que pudieran estar relacionadas con la depresión del adulto mayor.

7.17 CONSIDERACIONES ETICAS.

Esta investigación que implica cuestionar directamente seres humanos requiere de una carta de consentimiento en la que se especifica la libertad para participar o no en dicho estudio y se asegura la confidencialidad de los datos que solo serán útiles para esta investigación, cumpliendo con requisitos establecidos en la Ley General de Salud y en los criterios de la reunión de Helsinki para investigación en seres humanos. Una vez determinado el diagnóstico de depresión se ofrecerá tratamiento farmacológico, terapia de apoyo psicológico y apoyo familiar, a las personas afectadas. ANEXO I.

7.18 DESCRIPCION DE LOS RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS.

RECURSOS HUMANOS.

- 1.- Investigador responsable
- 2.- Una trabajadora social

RECURSOS FISICOS

- 1.-Computadora portátil
- 2.- Cartucho para tinta de impresora
- 3.-Servicio de copiado
- 4.- Hojas de papel bond
- 5.- Bolígrafo
- 6.- Lápiz

RECUSOSOS FINANCIEROS

Este proyecto de investigación se realizó con recursos propios del investigador, que se encuentran contemplados dentro del rubro de educación.

8. DIRECCION DEL PROYECTO.

8.1. PLAN PARA LA ADMINISTRACION Y SUPERVISION DEL PROYECTO Y UTILIZACION DE RESULTADOS.

1.- ADMISMINISTRACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

- a) Se programó una reunión con las autoridades directivas médicas y de educación de la unidad para dar a conocer los propósitos y la importancia de realizar este proyecto de investigación
- b) Se gestionó ante la administración de la unidad los requerimientos materiales, físicos, humanos y económicos necesarios para el desarrollo del proyecto de investigación sobre la base del presupuesto establecido.

2.- SUPERVISION DEL PROYECTO.

- a) Evaluación semanal del curso del proyecto de investigación considerando el desempeño del personal de apoyo en la recolección de la información, la logística y la utilización de los recursos materiales y económicos
- b) Vigilancia del desarrollo del proceso de la búsqueda y captura de la información para detección de posibles problemas con el objeto de establecer soluciones.

3.- PLAN PARA LA DIFUSION Y UTILIZACION DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

- a) Proposición de soluciones de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio
- b) Elaboración de síntesis ejecutiva
- c) Difusión de resultados a través de carteles en reuniones de investigación a nivel nacional y mediante sesión en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila.
- d) Publicación de resultados en revistas nacionales e internacionales.

9. RESULTADOS.

9.1 DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.

Se estudiaron 322 personas con una media de edad de 68.7 años (rango 60- 94) una desviación estándar de ± 7.3 . Predominando en el total de pacientes estudiados el género femenino 218 (67.70%), sobre el género masculino 104 (32.29%). El estado civil que predominó fue en los casados 190 (59.00%), viudos 108 (33.54%), solteros 14 (4.34%), divorciados 9 (2.79%), unión libre 1 (0.31%).

De las 322 personas estudiadas se encontró un total de 174 (54.0%) sin depresión y 148 (45.8%) con depresión.

La proporción de personas con depresión leve fue 104 (32.2%) La proporción de personas con depresión moderada a severa fue 44 (13.6%) figura 1 y cuadro 1.

En el grupo de personas con depresión moderada a severa 44 (13.6%), género femenino fueron 31 (70.4%), masculino 13 (29.5%) la edad promedio fue de 62 años, predominó el rango de edad de 60 a 69 años 27 personas (61.3%), seguido por el grupo de 70 a 79 con 13 personas (29.5%) y de 80 años o más fueron de 4 personas (9.0%). La edad tuvo una media de 69.5, moda de 64, mediana de 67, una DS de 8.3, IC de 95% (67.4 – 72.4); en cuanto a la frecuencia del estado civil en este grupo predominaron los casados 25 (56.8%) y viudos 16 (36.3%) Cuadro 1 y figura 2.

Para el grupo de personas con depresión leve fue 104 (32.2%) predominaron las mujeres 70 (67.3%), los hombres fueron 34 (32.6%). en cuanto a la frecuencia de riesgo de depresión por grupo etáreo encontramos de 60 a 69 años 45 personas (43.2%), de 70 a 79 años 46

personas (44 . 2%) y de 80 años y más 13 personas (12.8 %) Cuadro 1 y figura 3.

La edad tuvo una media de 70.6, un rango de 60 – 91, una moda de 72, mediana de 71, DS de ± 6.9 , IC (68.2 – 71. 9).

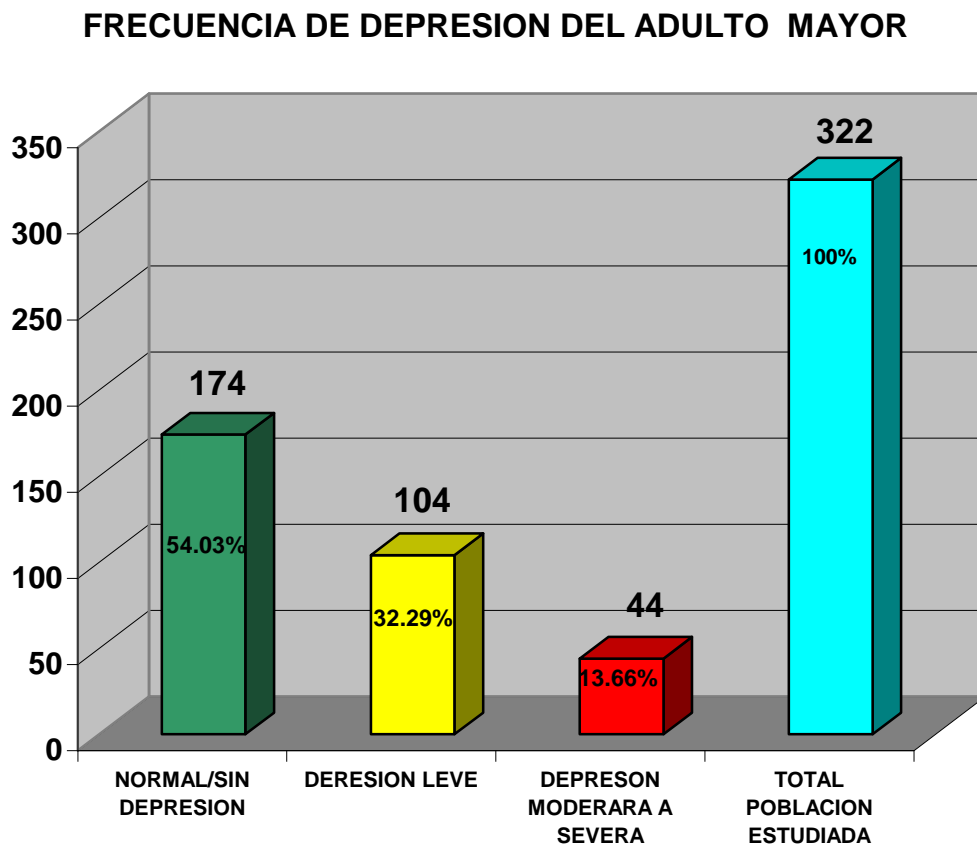
Encontramos en cuanto al estado civil casados 57 (54.8%) y viudos 45 (43. 2%) Cuadro 1 y figura 4

Al analizar los resultados de las respuestas de la escala de depresión geriátrica Yesavage de las personas encuestadas con depresión moderada a severa, encontramos los siguientes 7 reactivos contestados con mayor frecuencia: 1.- ¿ha abandonado muchos de sus intereses y aficiones? 37 personas (84.0%) 2.- ¿le parece que su vida esta vacía? 35 personas (79.54 %) 3.- ¿se nota de buen ánimo la mayor parte del tiempo? 42 personas (95.4 %) 4.- ¿teme que le suceda algo malo? 38 personas (86.36 %) 5.- ¿se siente feliz la mayor parte del tiempo? 39 personas (88.6 %) 6.- ¿prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas? 36 personas (81.8%) 7.- ¿cree que su vida carece de valor? 41 personas (93.1%).
Figura 5.

9.2 PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

CUADROS Y FIGURAS.

FIGURA 1 .



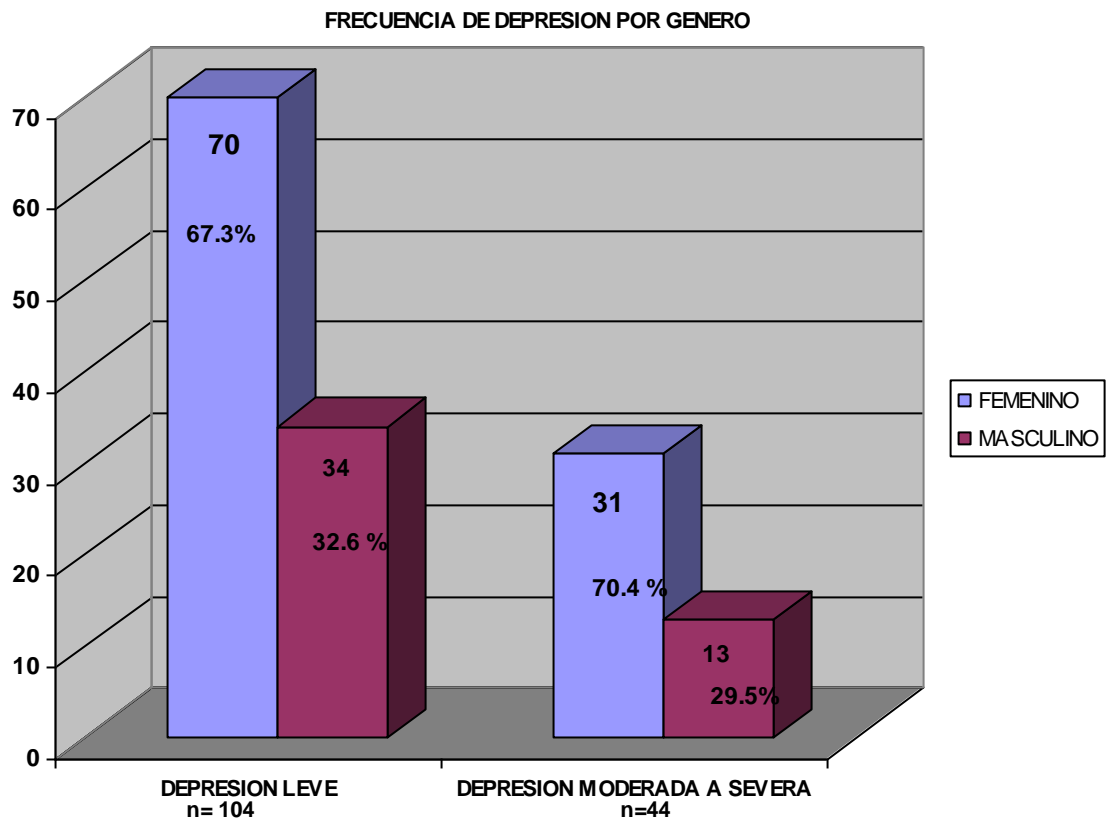
Fuente: Resultado de la aplicación de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage en HGZ #. 2 de Saltillo , Coahuila.

CUADRO 1
CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA
“DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR”

| POBLACION CON DEPRESION n= 148 (45.8%) | | | | |
|--|----------------------------------|----------|----------|-----------------------------|
| VARIABLES | | | | |
| EDAD (años) | Media (60-94) 68.7 DS±7.3 | | | |
| | No. | % | | |
| 60 – 69 | 72 | 48.6% | | |
| 70 – 79 | 59 | 39.7 % | | |
| 80 o más | 17 | 11.3 % | | |
| GENERO | | | | |
| femenino | 101 | 68.1 % | | |
| masculino | 47 | 31.6 % | | |
| ESTADOCIVIL | | | | |
| Casado | 82 | 55.4 % | | |
| Viudo | 61 | 41.2 % | | |
| Soltero | 3 | 2.0 % | | |
| Divorciada | 2 | 1.3% | | |
| DEPRESION MODERADA A SEVERA n= 44 (13.6%) | | | | |
| VARIABLES | | | | |
| EDAD (años) | Media (60-94) 69.5 DS ± 8.3 | m° 64 | Md 67 | IC de 95% (67.4-72.4) |
| | No. | % | | |
| 60 – 69 | 27 | 61.3% | | |
| 70 – 79 | 13 | 29.5% | | |
| 80 o más | 4 | 9.0% | | |
| GENERO | | | | |
| Femenino | 31 | 70.4% | | |
| Masculino | 13 | 29.5% | | |
| ESTADO CIVIL | | | | |
| Casado | 25 | 56.8% | | |
| Viudo | 16 | 36.3% | | |
| soltero | 3 | 6.6% | | |
| DEPRESION LEVE n= 104 (32.2%) | | | | |
| VARIABLES | | | | |
| EDAD (años) | Media (60 – 91) 70.6 DS ± 6.9 | m° 72 | Md 71 | IC de 95% (68.2 – 71.9) |
| | No. | % | | |
| 60 – 69 | 45 | 43.2% | | |
| 70- 79 | 46 | 44.2% | | |
| 80 y más | 13 | 12.4% | | |
| GENERO | | | | |
| Femenino | 70 | 67.3% | | |
| Masculino | 34 | 32.6% | | |
| ESTADO CIVIL | | | | |
| Casado | 57 | 54.8% | | |
| Viudo | 45 | 43.2% | | |
| Soltero | 2 | 1.9% | | |

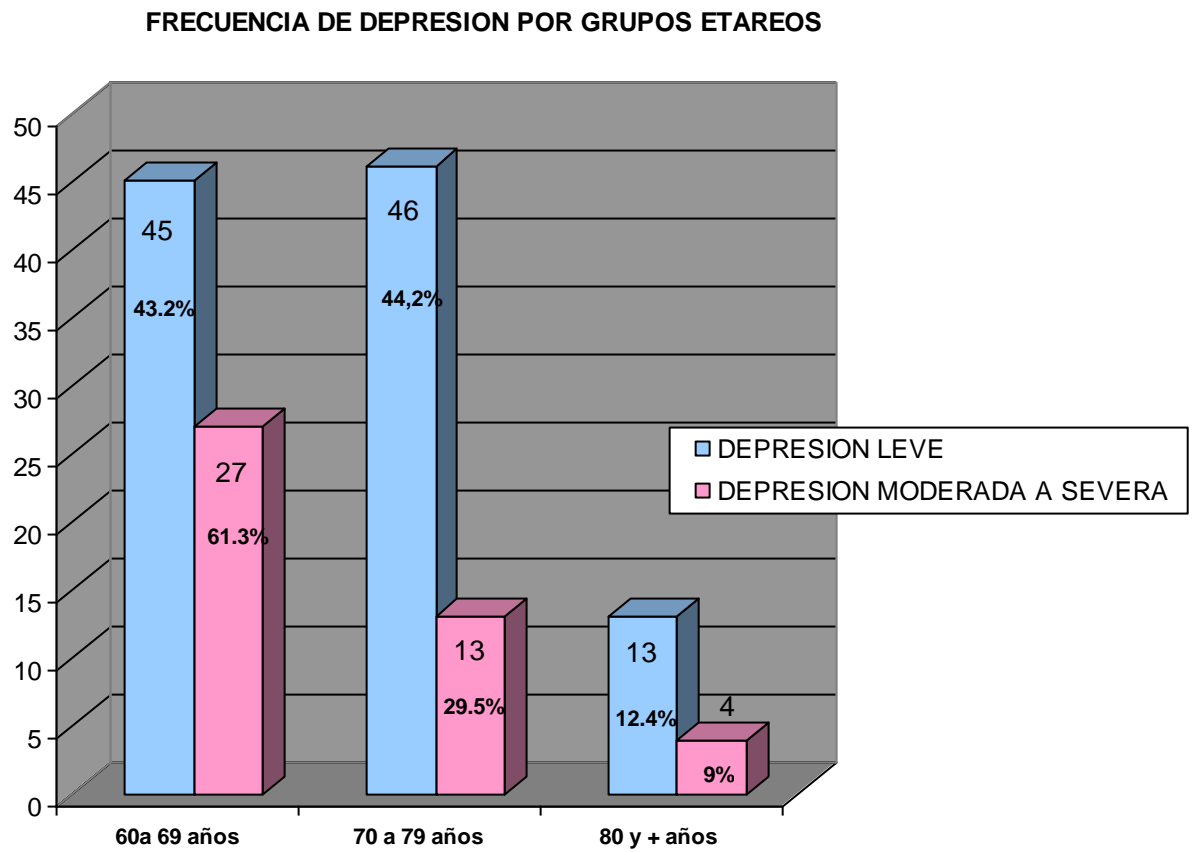
Fuente: Resultado del trabajo de tesis para obtención de título del curso de especialización en Medicina Familiar realizado en HGZc/MF # 2 Saltillo, Coahuila.

FIGURA 2.



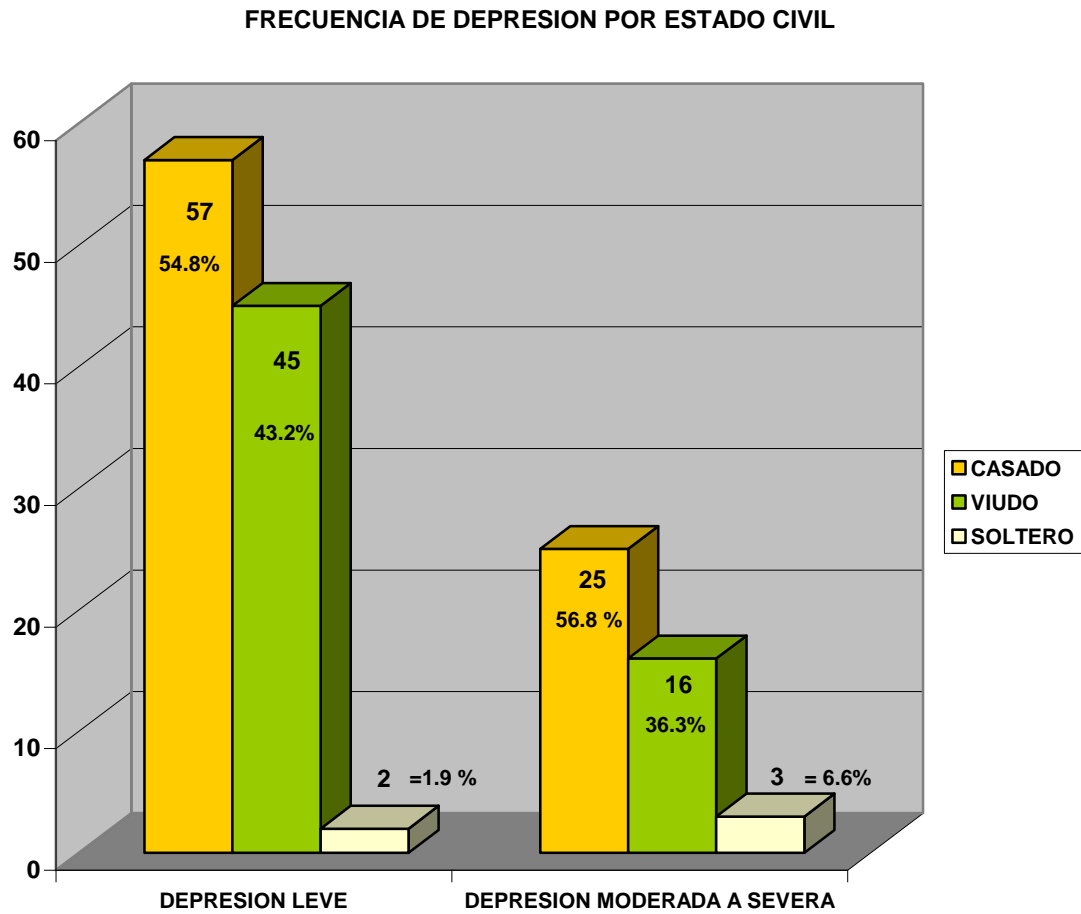
Fuente: Resultado de la aplicación de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage en HGZ#2 de Saltillo, Coahuila.

FIGURA 3.



Fuente: Resultado de la aplicación de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage en HGZ#2 de Saltillo, Coahuila.

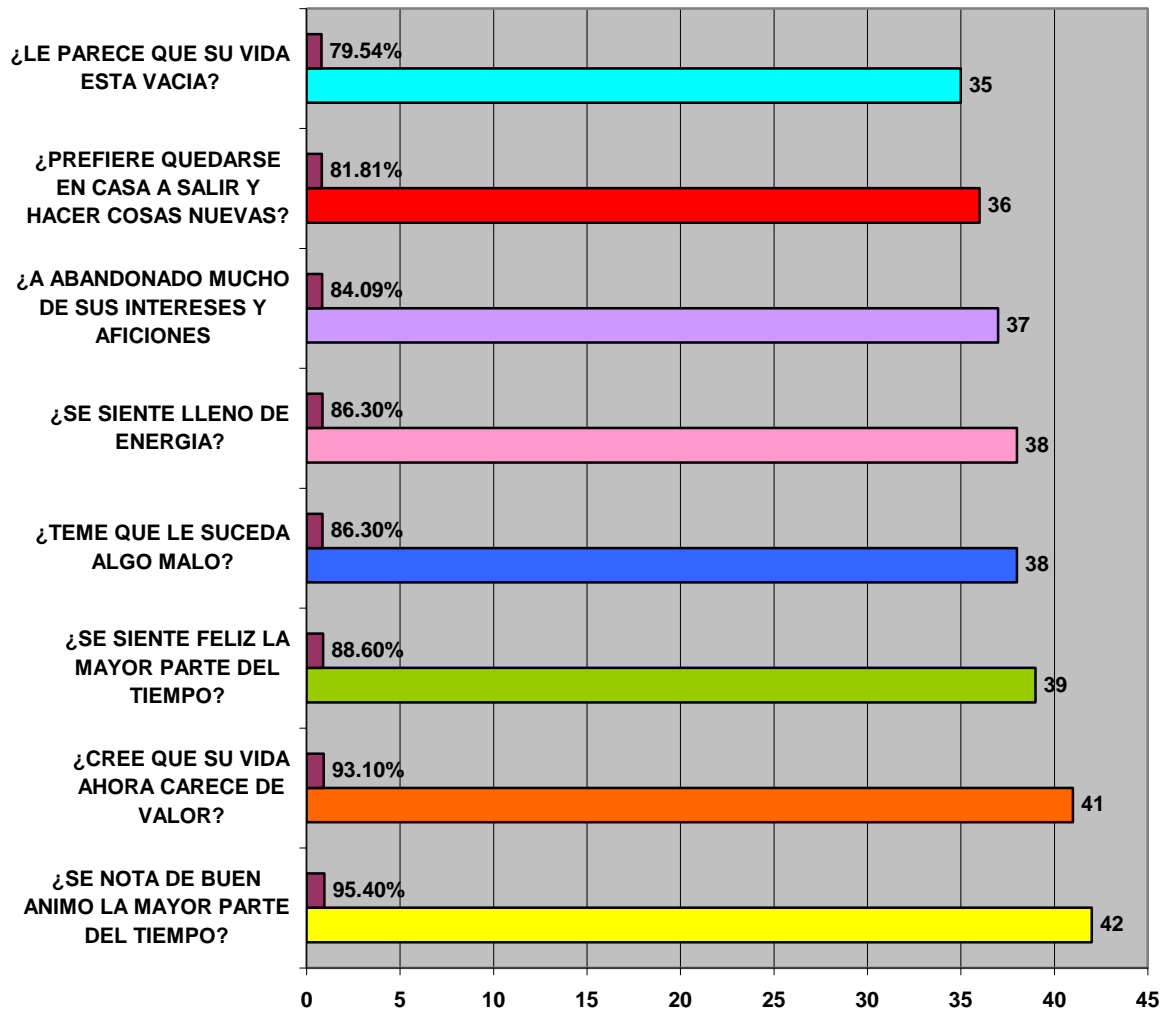
FIGURA 4



Fuente: Resultado de la aplicación de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage en HGZ#2 de Saltillo, Coahuila.

FIGURA 5

FRECUENCIA DE RESPUESTAS EN LA ESCALA DE DEPRESION YESAVAGE



Fuente: Resultado de la aplicación de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage en HGZ # 2 de Saltillo, Coahuila

10.- DISCUSION.

De acuerdo a los datos obtenidos la frecuencia de depresión en el adulto mayor fue de 45.8 % cifra que se encuentra por arriba del rango de las proporciones reportadas en estudios realizados por Ocegueda- Azpeitia en la Unidad de Atención Geriátrica del Hospital general de México en donde fue de 9.7 % ⁽¹⁰⁾ . Y de 41.7 % reportado por Castro-Lizárraga y por Dr. Víctor Manuel Díaz de Anda Jefe del Servicio de Geriatria Unidad de Especialidades Médicas Sedena Cd. De México ⁽⁶⁾. Sin embargo hay que tomar en cuenta que los estudios de investigación varían según el instrumento utilizado, complementadas por escalas cognoscitivas, funcionales, la escala de depresión geriátrica Yesavage en su versión de 30 o 15 reactivos , además del número y tipo de variables estudiadas.

Otro estudio realizado en el distrito Federal en la Unidad de Medicina Familiar No. 44 por Santillán Hernández ⁽⁹⁾ reporta una prevalencia de depresión en mujeres de 57% similar en cuanto al genero a lo encontrado por nosotros en donde también predomino el género femenino pero superior a la proporción en un 70.4 % .

La mayoría de los estudios reporta una proporción del doble del género femenino sobre el masculino como lo encontramos en los resultados de la investigación de Fernandez y Fernandez ⁽⁵⁾, observando en nuestro estudio resultados semejantes.

En este estudio cuando estratificamos por grupo de edad se encontró que el riesgo de depresión fue similar en los grupos de 60 a 69 años y de 70 a 79 años , el grupo de 80 años y mas presento una proporción de 12.5 % diferencia que puede estar relacionada a la capacidad intelectual de las personas en este grupo de edad presentando mayor dificultad en la respuesta de la escala aplicada . Comparado con otros estudio las edades frecuentes fueron entre los 70 y 80 años promedio 78.2 años ± 6.1 por

Ocegueda Azpeitia ⁽¹⁰⁾ y Fernandez Fernández menciona que la edad promedio en su estudio fue 76.2 años con una Ds de ± 6.7 ⁽⁵⁾ cabe mencionar que en este estudio la población de analizada fueron personas de mas de 64 años , en nuestro estudio analizamos personas desde los 60 años encontrando una media de edad para nuestros pacientes con depresión establecida de 69.5 años por lo cual existe diferencia a los reportado por los autores mencionados.

11.- CONCLUSIONES.

1.- La frecuencia de depresión del adulto mayor en el primer nivel de atención del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Saltillo, Coahuila fue alta para la población estudiada.

2.- La discrepancia en el resultados de frecuencia de depresión del adulto mayor en el primer nivel de atención del Hospital General de Zona no. 2 de Saltillo, Coahuila puede deberse al uso de las diferentes escalas de depresión, complementadas por escalas funcionales, cognoscitivas, tipo y numero de variables estudiadas.

3.- Dado que se ha demostrado hasta el momento que la sensibilidad es de 92% y la especificidad es de 89 % entre la escala de 15 y 30 reactivos siendo equiparable entre las dos versiones consideramos que pueden ser utilizadas en forma indistinta.

4.- Estos cuestionarios son adecuados como tamizaje para la detección temprana de depresión además de ayudar a evaluar la severidad del cuadro depresivo y monitorizar la respuesta terapéutica

5.- Para la detección de los cuadros depresivos son útiles los cuestionarios que sean breves, fiables y de fácil utilización por parte del personal de atención primaria, y para que el paciente en este caso adulto mayor no se fatige ni tenga problemas de concentración al responder cuestionarios muy extensos.

6.- Podemos concluir que escalas de depresión ya sea de 5, 15 o 30 reactivos ayudan en el diagnóstico precoz de los trastornos depresivos, preguntas como ¿siente que su vida esta vacía? Pregunta única para detectar en forma simple si existe depresión, existiendo 3 preguntas claves

además de la anterior ¿con frecuencia se siente aburrido? ¿Se nota de buen ánimo la mayor parte del tiempo? Y ¿se siente desgraciado con frecuencia? son las preguntas que presentan mayor capacidad para discriminar posibles depresiones.

7.- La escala de depresión Yesavage ya sea en su versión de 30, 15 ó 5 reactivos, no es un sustituto para una entrevista diagnóstica por profesionales de la salud mental, es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de depresión en adultos mayores.

8.- En este estudio se observó que la depresión fue mayor en mujeres casadas 56.8 % sin que podamos demostrar diferencia estadística.

12. RECOMENDACIONES:

1.- Se recomienda la escala de depresión geriátrica Yesavage en su versión reducida de 15 reactivos como tamizaje en el diagnóstico de depresión del adulto mayor en el primer nivel de atención del Hospital General de zona con MF No. 2, con el objetivo de disminuir el tiempo de evaluación, llegar a un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

2.- Implementar esta prueba tamizaje como detección oportuna de depresión en todos los adultos mayores de 60 años. Tanto en las áreas de medicina preventiva, trabajo social y el médico de atención primaria en la consulta diaria puede realizarlo, así mejoraremos la calidad de vida del adulto mayor y de su familia.

3.- Conviene ampliar los estudios de investigación para reconocer que la depresión del adulto mayor es actualmente un problema de salud pública que requiere actuar en forma oportuna y adecuada, con intervención multidisciplinaria para el paciente y su familia.

13.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Díaz LJ, Moreno-Puebla R. Factores Psicosociales de la Depresión. Rev cub medico milit 2006; 35: 1-9.

- 2.- Varela-Pinedo L. Valoración Geriátrica Integral. Rev Diagnóstico.2003; 42.Disponible en:<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/Marabr.03/38-42>, htm.

- 3.- García-Martín MA. Aspectos Psicosociales del Envejecimiento, Rev Diagnóstico.2003; 42. Disponible en:<http://www.fihudiagnostico.org>,htm.

- 4.- Peralta-Pedrero M L, Cruz-Alvelar A, Sánchez-Márquez O. Prevalencia de Depresión y Factores de Riesgo en Mujeres Atendidas en Medicina Familiar Rev Med Inst Mex del Seguro Soc 2006; 44 (5): 409 -414.

- 5.- Fernández-Fernández CA. Depresión en el Anciano en una Zona Rural y su Interacción con otros Factores. Rev Actas Esp de Psiquiatr 2006; 34 (6): 355 -361.

- 6.- Castro-Lizárraga M. Factores de Riesgo Asociados a la Depresión del Adulto Mayor. Rev Neurol. Neurocir y Psiquiat ,2006; 39 (4):133.

- 7.- González-Ceinas M. Depresión en Ancianos un Problema de Todos. Rev Cub Med Gen Integr 2001; 17 (4): 316-320.

- 8.- Lana-Valdivia J. Síndromes Geriátricos. Rev Diagnóstico. 2003; 42 (2).Disponible en:<http://www.fihudiagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/47-48>, html

- 9.- Santillán-Hernández P, Alvarado-Moctezuma L. Depresión en Población Adulta mayor. Rev Méd del IMSS 1999; 37(2): 111-115.

10.- Ocegueda, Aspeitia y col. Prevalencia de Depresión en Ancianos Mexicanos. Archivo Geriátrico 2003; 6: 78-81.

11.- Becerra M, Lozano-Dávila M, Lara-Esqueda A, Rev de Depresión en el Adulto Mayor. Conaem Guía de Consulta para el Medico General. Secretaria de Salud.

12.- Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Geriatria. La Familia y Retos de la investigación gerontológica. 1ª ed. México DF. McGraw-Hill Interamericana.2000: 8-13 y 339-341.

13.- Rodríguez -García R, Morales Virgen J, Encinas Reza J, Trujillo Z, D'Hyver C. Geriatria. 1ª ed. México DF. McGraw-Hill Interamericana. 2000: 216 -218.

14.- ANEXOS:

ANEXO 1.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CLINICA

Lugar y fecha: Saltillo Coahuila 11 de Octubre del 2007

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
FRECUENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN EL 1ER NIVEL DE ATENCION

Registrado ante el comité local de investigación en salud o la CNIC

El objetivo del estudio es:

Determinar la frecuencia de depresión en el adulto mayor en el 1er nivel de atención.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Llenar un cuestionario

Declaro que se me ha explicado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Mi participación no implica daño a mi integridad física ni moral y de que la información que se recabe será enteramente confidencial y para uso exclusivo de esta investigación.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para 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 médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones 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 cambiar de parecer respecto a mi permanencia del mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra.- Laura Guadalupe Reyes Morales Mat. 7029616
Nombre, firma, matricula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas con el estudio
4 15 10 22

Testigos: _____

ANEXO 2

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE MODIFICADA
ELIJA USTED LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA COMO SE HA
SENTIDO USTED LA SEMANA PASADA.

| | | |
|--|----|----|
| 1.- ¿Esta usted básicamente satisfecho con la vida? | SI | NO |
| 2.- ¿A abandonado muchos de sus intereses y aficiones | SI | NO |
| 3.- ¿Le parece que su vida está vacía? | SI | NO |
| 4.- ¿Con que frecuencia se siente aburrido? | SI | NO |
| 5.- ¿Se nota con buen ánimo la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| 6.- ¿Teme que le suceda algo malo? | SI | NO |
| 7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| 8.- ¿Se siente desgraciado con frecuencia? | SI | NO |
| 9.- ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas? | SI | NO |
| 10.- ¿Cree que tiene mas problemas de memoria que la mayoría de las personas? | SI | NO |
| 11.- ¿Cree que es maravilloso seguir vivo? | SI | NO |
| 12.- ¿Cree que su vida ahora carece de valor? | SI | NO |
| 13.- ¿Se siente lleno de energía? | SI | NO |
| 14.- ¿Cree que su situación es desesperada? | SI | NO |
| 15.- ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted? | SI | NO |

PUNTUACION:

UNA PUNTUACION DE 0- 5 =SIN DEPRESION, 6 – 9= DEPRESION
LEVE Y ≥ 10 = DEPRESION MODERADA A SEVERA.

ANEXO 3

FORMATO PARA EL PACIENTE

NOMBRE _____

No. DE AFILIACIÓN _____

EDAD _____ SEXO _____

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE MODIFICADA

ELIJA USTED LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO USTED LA SEMANA PASADA.

- | | | |
|--|----|----|
| 1.- ¿Esta usted básicamente satisfecho con la vida? | SI | NO |
| 2.- ¿A abandonado muchos de sus intereses y aficiones | SI | NO |
| 3.- ¿Le parece que su vida está vacía? | SI | NO |
| 4.- ¿Con que frecuencia se siente aburrido? | SI | NO |
| 5.- ¿Se nota con buen ánimo la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| 6.- ¿Teme que le suceda algo malo? | SI | NO |
| 7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| 8.- ¿Se siente desgraciado con frecuencia? | SI | NO |
| 9.- ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas? | SI | NO |
| 10.- ¿Cree que tiene mas problemas de memoria que la mayoría de las personas? | SI | NO |
| 11.- ¿Cree que es maravilloso seguir vivo? | SI | NO |
| 12.- ¿Cree que su vida ahora carece de valor? | SI | NO |
| 13.- ¿Se siente lleno de energía? | SI | NO |
| 14.- ¿Cree que su situación es desesperada? | SI | NO |
| 15.- ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted? | SI | NO |

