



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

*CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"*  
*ISSSTE, DISTRITO FEDERAL, MEXICO*

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A  
LA CLÍNICA "MARINA NACIONAL" DEL ISSSTE EN LA CD. DE MÉXICO**

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

**PRESENTA:**

**DRA. JULIETA MARTINEZ ANSELMO**

MEXICO, DISTRITO FEDERAL 2010

NO. DE REGISTRO: 354.2010



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 DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA “MARINA NACIONAL” DEL ISSSTE EN LA CD. DE MÉXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. JULIETA MARTINEZ ANSELMO**

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

**DR. CARLOS EDUARDO CENTURION VIGIL**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” ISSSTE

**DRA. ANA MA. NAVARRO GARCIA**  
ASESOR DE TESIS  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
TÉCNICO ACADÉMICO ASOCIADO “A” TC  
ADSCRITA AL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

**LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL  
ISSSTE.

**DR. CARLOS ALEJO MARTÍNEZ CALLES**  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
“MARINA NACIONAL” ISSSTE

MEXICO, D.F.

2010

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A  
LA CLÍNICA “MARINA NACIONAL” DEL ISSSTE EN LA CD. DE MÉXICO**

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

**PRESENTA:**

**DRA. JULIETA MARTINEZ ANSELMO**

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

**DR. FRANCISCO JAVIER F. GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

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

# **AGRADECIMIENTOS**

## **A MI MADRE**

Gracias por tu apoyo incondicional durante esta etapa de mi vida siendo testigo del esfuerzo que hice para poder alcanzarla, así como al amor inmenso que nos das a mis hermanos y a mi lo cual nos impulsa a alcanzar nuestras metas.

## **A MI ESPOSO**

Te agradezco todo el amor que me has dado, a tu paciencia y apoyo durante todo este tiempo de estar juntos, siempre a mi lado incondicional motivándome a alcanzar mi objetivo. Te amo.

## **AL MOTIVO MÁS GRANDE PARA SEGUIR ADELANTE DIA TRAS DIA...MI HIJITO LEONARDO**

Tú que estuviste compartiendo la lucha diaria que conlleva esta especialidad ya que sentías todo a mí alrededor y al nacer creaste la felicidad más grande en mi vida, y me diste más fuerza para seguir adelante, te adoro mi vida.

### **A MIS HERMANOS**

Que son mi ejemplo, mi fortaleza, y el apoyo inmediato ante cualquier adversidad, los quiero mucho.

### **A MI ASESORA DE TESIS DRA. ANA MA. NAVARRO GARCIA**

Admiro su capacidad y su inteligencia, fue mi ejemplo académico para poder lograr este objetivo, le agradezco su paciencia y el apoyo que tuve de usted en cada momento.

### **A MI JEFE DE ENSEÑANZA DR. CARLOS E. CENTURION VIGIL**

Gracias por su apoyo y a su gran lado humano lo cual hace que nosotros tengamos una gran confianza en usted ante cualquier problema, dándonos fuerza para continuar en este camino y llegar a concluirlo.

### **A MIS COMPAÑEROS DE GENERACION Y PERSONAL MEDICO DE LA CMF MARINA NACIONAL**

Ya que sin ellos no hubiera podido vivir experiencias que me hicieron crecer día con día.

**Y SOBRE TODO A LOS PACIENTES QUE SON PARTE FUNDAMENTAL  
DE MI FORMACION ACADEMICA, GRACIAS.**

# INDICE

**Pág.**

CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	7
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
CAPITULO III: JUSTIFICACION.....	36
CAPITULO IV: OBJETIVOS.....	38
CAPITULO V: METODOLOGIA.....	39
CAPITULO VI: RESULTADOS.....	43
CAPITULO VII: DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	53
CAPITULO VIII: CONCLUSIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
ANEXOS	
A: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN.....	62
B: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	63

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEORICO**

### **DEFINICION DE DEPRESION**

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por sentimientos tales como: tristeza, indiferencia, soledad y pesimismo, afecta todo el cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos; afecta la forma en que el paciente come y duerme, lo que opina de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento general .

Un estado depresivo no es un estado de ánimo triste pasajero; tampoco es una señal de debilidad personal o una condición que se pueda manejar a voluntad. Las personas que sufren de depresión no pueden tan solo animarse y de inmediato sentirse mejor. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años; en cambio, un tratamiento puede ayudar a más del 80 % de las personas que sufren enfermedad depresiva. Kaplan y Sadock, definen a la depresión como una alteración que presupone un humor deprimido o una pérdida de interés o placer por todo o casi todas las actividades o pasatiempos cotidianos<sup>(1)</sup>.

La importancia de los trastornos depresivos en la práctica clínica médica y especializada viene resaltada por la elevada frecuencia con que se presenta y por su alto porcentaje de morbilidad, e incluso mortalidad indirecta por el riesgo de suicidio. Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos que se presentan con mayor frecuencia.

Las situaciones psicossocial, física y biológica son los principales



determinantes que marcan las características del colectivo anciano. La primera viene marcada por la disminución del soporte sociofamiliar, la pérdida del estatus tanto social como económico y el mayor aislamiento disminuida en la población anciana. Esta problemática se ve agrandada por la menor capacidad y los menores recursos que el anciano tiene para adaptarse a estas nuevas circunstancias. La situación física se caracteriza por la frecuente aparición de enfermedades físicas, con la consiguiente discapacidad que originan éstas. Finalmente, la situación biológica presenta como principales condicionantes las enfermedades físicas y los fenómenos neurodegenerativos, que pueden conducir a la aparición de cuadros depresivos. <sup>(7,10)</sup>

Los ancianos eran considerados sabios y consultados por la población para dar consejos en los asuntos más variados. El anciano era el jefe indiscutible de la familia y muchos pueblos eran gobernados por un consejo de personas de la tercera edad. El anciano tenía un papel importante en la vida comunitaria y un gran prestigio. A partir de las últimas décadas, esta imagen ha venido a menos y los ancianos no solo han perdido relevancia ante la sociedad y ante sí mismos, sino que muchos son considerados como una carga, principalmente por sus familiares más cercanos. Por lo que se sienten solos, inútiles y/o desplazados, esto se refleja en depresión, angustia, ansiedad e incluso cuadros de psicosis y neurosis agudas.

Las causas por las que se deprime un anciano son varias: sensación de abandono y soledad, culpabilidad, inseguridad por desventaja física y jubilación, entre otras. <sup>(5,6)</sup>

### 1) SENSACIÓN DE ABANDONO Y SOLEDAD.

Aquellos que han enviudado, o que han perdido a su pareja, llegan al ocaso de su vida con una terrible soledad que los asusta y los deprime. Los hijos ya se han casado y tienen hogar, ocupación y destino propios. Es cada día más difícil ir a ver al abuelito o a la abuelita y esto solo sucede en ocasiones especiales. Cuando el anciano vive con alguno de sus hijos, casi siempre llega a sentirse un estorbo. Por lo que es muy importante que un anciano se sienta querido y respetado por los seres que ama, que encuentre metas e intereses propios que enriquezcan su vida y la hagan interesante. La terapia ocupacional y el afecto de sus familiares y amigos es un bálsamo para aliviar esa tristeza que sufren muchas personas en la vejez.

### 2) CULPABILIDADES.

Es uno de los sentimientos más dañinos que existe y afecta mucho a los ancianos que están en una etapa de recuento final de sus acciones. Todos cometemos errores pero un anciano siente que ya no puede remediar los suyos, ni los daños causados a otras personas. Esta lucha contra lo irremediable puede ser muy peligrosa para el ánimo de un anciano que se siente débil e inseguro. Lo ideal sería tratar de liberar a nuestros ancianos de todas esas pequeñas y grandes culpabilidades que los atribulan y hacerles comprender que no pueden vivir colgados de antiguos pecados.

### 3) INSEGURIDAD POR DESVENTAJA FÍSICA.

Lejos quedaron los tiempos en que eran jóvenes y vigorosos, ahora tienen arrugas, canas, y una multitud de padecimientos. El anciano ya no se siente tan fuerte como antes y extraña con verdadera nostalgia sus años de salud y

juventud. Este proceso natural y desconcertante de envejecimiento vuelve a quien lo padece enojón y caprichoso o bien, melancólico y dependiente. ¿La solución? Aceptar que uno se ha hecho viejo y reconocer que esta fase, al igual que todas las de la vida, tiene también su propio encanto.

#### 4) JUBILACIÓN.

Un anciano que ha trabajado a lo largo de cuarenta años, como promedio, se ve de pronto sin nada que hacer. Su día antes repleto de actividad se le antoja largo y vacío. Le sobra tiempo y le faltan cosas que hacer. Ha cumplido su meta vital y ya no tiene otra con que sustituirla. La pensión, que muchas veces es insuficiente, no ayuda mucho a su seguridad y en caso de tener recursos propios, descubre que los precios han subido de tal forma que los ahorros de tantos años se han convertido en casi nada. Por lo que es importante recordarles que han llegado a la época en que podrán realizar todo aquello para lo que no tuvieron tiempo en sus años de trabajo y vivir para ellos mismos.

#### 5) PÉRDIDA DE AUTORIDAD Y PRESTIGIO.

El papel de los ancianos en el ámbito económico y familiar se ha visto relegado. Parecemos haber olvidado que existe en los ancianos una fuente valiosa de conocimientos y sabiduría.

Los desplazamos considerándolos inútiles e incluso molestos sin querer ver que ellos pueden tener respuestas mucho más validas que las que tenemos nosotros. Los conflictos humanos siguen y seguirán siendo los mismos y las relaciones interpersonales no se han modificado. Es ahí donde un anciano puede constituir una gran ayuda, ya que ha vivido lo suficiente como para

saber manejar los delicados hilos de una relación humana. Por otra parte las personas de la tercera edad han acumulado durante muchos años una gran cantidad de conocimientos. Los ancianos saben ¿Por qué no preguntarles?

#### 6) SENSACIÓN DE TIEMPO PERDIDO

La sensación de haber malgastado su vida o de haberse privado de sus cosas y actividades preferidas es una causa frecuente de depresión en los ancianos, sobre todo cuando no han logrado cristalizar los planes e ilusiones de su juventud. Muchos de ellos anhelan tener la oportunidad de volver a vivir y de lograr así una existencia diferente. Esto les da una sensación de fracaso y es algo muy difícil de vencer; sin embargo, es necesario hacerles ver que en su vida han logrado muchas cosas buenas y hacer que se concentren no en lo que no pudieron conseguir, si no en todas aquellas cosas de las que puedan enorgullecerse.

#### 7) CERCANÍA DE LA MUERTE.

Todos tenemos miedo a morir. La muerte es un fantasma que nos acompaña desde el momento en que nacemos. Cuando somos jóvenes ese hecho inevitable nos parece lejano. Pero a medida que envejecemos, nuestra expectativa de vida se reduce y la muerte se vuelve una realidad más o menos inmediata. Si bien es cierto que muchos ancianos se la toman con calma e incluso con esperanza, es igualmente cierto que un gran porcentaje de personas de la tercera edad se rebelan ante al idea de abandonar este mundo. Quieren vivir y saben que el tiempo se les acaba. Les preocupa, especialmente, el hecho de morirse solos.

La asociación entre depresión y la falta de apoyo social ha sido descrita hace

largo tiempo. Tradicionalmente, el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto, parece que una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión sobretodo en los varones, y es muy probable que ésta favorezca un menor compromiso social de parte del adulto mayor. La espiritualidad y la religión parecen desempeñar también un papel importante en la depresión del adulto mayor <sup>24</sup>. El estudio ecológico multinacional EURODEP encontró que la práctica religiosa se asocia con menos depresión en los ancianos europeos, pero los mecanismos de esta protección no son bien conocidos <sup>(13)</sup>.

## **FISIOPATOLOGIA**

El envejecimiento conlleva una serie de modificaciones que afectan a los distintos sistemas corporales; en lo que respecta al sistema nervioso, y aunque hay evidencias de una cierta capacidad regeneradora del tejido nervioso, caracterizada por una hipertrofia de las células que se encuentran próximas a las dañadas y un aumento de su árbol dendrítico, tal capacidad está disminuida. La actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5-HT 2A disminuye con el envejecimiento. Irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas principalmente en la fisiopatología de la depresión <sup>(9)</sup>. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera, la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión. El

cambio en las emociones se acompaña de complejas modificaciones neuroendocrinas donde la secuencia de eventos fisiopatológicos no ha sido bien establecida. Sin embargo, la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol se encuentran en adulto mayor deprimido. Aunque controversial, la deficiencia de dehidroepiandrosterona se ha asociado a depresión en los varones y en la aparición de síntomas depresivos en las mujeres, mientras que la disminución de la testosterona ha sido también asociada a la distimia en el hombre. Otras causas exploradas han involucrado en la insuficiencia de neurotransmisores a alguna infección subclínica o a la reactivación de algún virus latente en el cerebro. Por ejemplo, los sujetos deprimidos presentan un mayor número de anticuerpos contra el virus del herpes simple tipo 1 y contra el citomegalovirus en comparación con sus controles. La susceptibilidad genética de la depresión en el anciano ha sido explorada y es un tema de gran interés debido a que se busca algún marcador o genes asociados; entre estos se ha encontrado una asociación con las variantes corta y larga del polimorfismo (5-HTTLPR) del gen promotor del transporte de la serotonina (SLC6A4) que ha sido propuesto como marcador farmacogenético de la eficacia de algunos antidepresivos <sup>(12)</sup>. Otros autores han informado que la presencia de este gen está relacionado con el estrés neuronal, depresión mayor e ideas suicidas. Se ha encontrado hasta en el 50% de los caucásicos y afroamericanos, esto surge que este gen no es un predictor de depresión per se, pero sí está relacionado con mayor presencia de síntomas depresivos y menor respuesta al estrés psicológico, fenómeno estudiado en estados de estrés mayor como, por ejemplo, después

de una fractura de cadera. Por otro lado, la demencia, la enfermedad vascular cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson son patologías que afectan el sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad <sup>(15)</sup>.

## **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico puesto que no existe algún marcador biológico o prueba 100% específica para hacerlo. Los criterios del DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría son universalmente aplicados <sup>(1)</sup>. La historia clínica completa y el examen físico exhaustivo, incluyendo la evaluación cognoscitiva, son fundamentales en la valoración del anciano con sospecha de depresión. Sin embargo, en el adulto mayor la enfermedad cubre una gran variedad de síntomas repartidos en un continuo desde un sentimiento de tristeza, inutilidad o desánimo hasta la afectación del desempeño físico y social (episodio de depresión mayor). También, el diagnóstico enfrenta diversos problemas. Uno de ellos es la heterogeneidad clínica de la depresión, la cual puede manifestarse como la pérdida del interés en las actividades cotidianas, la disminución de la espontaneidad, la apatía, la irritabilidad o un estado de confusión <sup>(18)</sup>. Además, la comorbilidad asociada es otro elemento a considerar que crea una interacción compleja entre la patología ya existente y las complicaciones derivadas del trastorno depresivo. Las manifestaciones de la depresión del anciano son fluctuantes y los instrumentos de detección habituales subestiman o ignoran los síntomas más característicos de la

depresión geriátrica, así como su variación. No obstante, el diagnóstico temprano es importante porque se trata de una enfermedad potencialmente reversible, aunque la descripción de subtipos o variantes como la depresión sin tristeza o el síndrome de depleción dificultan aún más la identificación. Si bien su tasa de remisión es comparable a la de otras edades, la recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada. Ésta, con el avance de la edad, tiende a convertirse en depresión refractaria e, incluso, a presentarse más frecuentemente con síntomas psicóticos, y con efectos negativos en la cognición <sup>(20)</sup>.

La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

- 1) La dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc.
- 2) La dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.
- 3) La dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal y de la libido, etc.

En la depresión del anciano, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar; debido a este fenómeno, menos del 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial. Existen otros síntomas comunes como la magnificación en la percepción del dolor, los síntomas cardiovasculares o la pobre concentración. La ansiedad y la



somatización son, sin embargo, los síntomas dominantes. Las visitas médicas repetidas sin motivos claros o la falta de objetividad en las patologías físicas son datos útiles para establecer la presencia de depresión <sup>(22,25)</sup>. Es importante conocer todos los medicamentos utilizados (prescritos o no) ya que algunos están asociados al desarrollo de la depresión, por ejemplo las benzodiazepinas, los narcóticos, los glucocorticoides, el interferón o la reserpina, así como descartar otras enfermedades concomitantes. Fármacos como la clonidina, el guanabanzo, la guanfacina y la metildopa no inhiben las respuestas reflejas tanto como los fármacos simpaticolíticos periféricos, pero suelen causar sedación, xerostomía y depresión <sup>(14)</sup>. La tristeza es una respuesta normal en el anciano cuando tiene alguna pérdida; sin embargo, es importante considerar los criterios y particularidades antes citadas para establecer el diagnóstico de depresión mayor. Enfermedades psiquiátricas como el trastorno de ansiedad, el abuso de sustancias o los trastornos de personalidad son algunos de los diagnósticos diferenciales del síndrome depresivo. El trastorno bipolar es otra patología a descartar ya que puede cursar con depresión y, por lo tanto, es importante buscar episodios de manía, alucinaciones e ilusiones <sup>(1)</sup>. Ante la presencia de fatiga o pérdida de peso deberá descartarse la diabetes mellitus, la enfermedad tiroidea, las neoplasias o la anemia. Los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden debutar con algún trastorno del ánimo <sup>(16)</sup>.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión <sup>(27)</sup>.

## **TRATAMIENTO**

Podemos dividir los tratamientos farmacológicos para la depresión en tres grandes bloques: fármacos clásicos, fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), y nuevas sustancias. Todos ellos comparten una misma eficacia clínica en ensayos clínicos controlados. El grupo de los fármacos clásicos está formado por los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs). Los ATC continúan empleándose con frecuencia en ancianos, especialmente cuando existen antecedentes de una

respuesta favorable en el pasado y no existen problemas de salud. Las aminas terciarias como la amitriptilina, imipramina y clorimipramina tienen un riesgo mucho mayor de producir hipotensión ortostática y sedación que las aminas secundarias, como la desipramina y la nortriptilina, debido a su acción sobre receptores noradrenérgicos e histaminérgicos <sup>(19)</sup>. La maprotilina es un fármaco tetracíclico, pero su perfil farmacológico y de efectos secundarios es similar al de las aminas secundarias. Los IMAO han desaparecido prácticamente del mercado español; son fármacos efectivos, especialmente en depresiones atípicas y resistentes. Es necesario tener precaución con la reacción hipertensiva ante el consumo simultáneo de productos ricos en tiramina, el denominado "efecto queso"<sup>(17)</sup>.

Los síntomas de tipo anticolinérgico pueden ser graves, tanto los de tipo central ej. delirium, deterioro cognitivo , como periférico ej. taquicardia, retención de orina, estreñimiento, visión borrosa, y boca seca . La amitriptilina tiene unas características especialmente indeseables en ancianos, ya que puede producir taquicardia intensa, y cardiotoxicidad directa, junto con un alto riesgo de hipotensión ortostática. Dado que el sistema colinérgico se encuentra afectado en pacientes con demencia, el empleo de fármacos con efecto anticolinérgico puede afectar en gran manera el funcionamiento cognoscitivo de este tipo de pacientes. Debido a estas características, los ATCs son fármacos poco seguros en caso de sobredosis.

Estos bloquean la acción de antihipertensores tales como: guanetidina, reserpina, y clonidina. y ejercen un efecto similar al de la quinidina y prolongan los intervalos PR, QRS y QT.

Debido a sus efectos colaterales, antes de iniciar una terapia con tricíclicos, es indispensable la práctica de un estudio de electrocardiografía si la persona tiene más de 45 años de edad o historia de enfermedad cardíaca.

Los ISRS tienen una acción específica sobre el sistema serotoninérgico a nivel cerebral, y carecen de acción relevante a nivel de los sistemas adrenérgico, colinérgico, histaminérgico y dopaminérgico, lo que determina un perfil de efectos secundarios más favorable que los ATC. La interacción farmacológica con otras sustancias y con el alcohol es también menor. Entre estas sustancias nos encontramos con la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina y el citalopram <sup>(19)</sup>.

Los efectos secundarios más frecuentes son de tipo gastrointestinal, como náusea, diarrea, molestias gastrointestinales, anorexia, y disfunción sexual. Varios fármacos inhiben el sistema enzimático microsomal P450 a nivel hepático, lo que puede aumentar la vida media y las concentraciones plasmáticas de otras sustancias metabolizadas por dicho sistema, como digoxina, ATCs, y benzodiazepinas. Todos los ISRS tienen riesgo de interacción con los IMAOs, por lo que debe tenerse una gran precaución a la hora de suspender un fármaco e iniciar otro. La seguridad en caso de sobredosis es muy superior a los ATCs e IMAOs.

Los ISRS mantienen la misma eficacia clínica en ancianos que los fármacos clásicos, lo que unido a su mejor perfil de tolerancia y seguridad, hacen que sean los fármacos de primera elección para muchos clínicos a la hora de tratar la depresión en el anciano.

El trazodone y la mianserina son fármacos antidepresivos ampliamente utilizados en ancianos antes de la introducción de los ISRS. Tienen un perfil de efectos secundarios más favorable que los fármacos clásicos, aunque pueden producir sedación intensa, lo que puede emplearse como herramienta clínica a la hora de inducir el sueño.

Entre los nuevos agentes antidepresivos podemos destacar la venlafaxina, la reboxetina, la mirtazapina y el nefazodone. Son fármacos introducidos en el mercado recientemente, y se carece de experiencia de su empleo en ancianos. Sus acciones a nivel farmacológico también son muy diferentes, lo que propicia que cada vez se imponga una clasificación farmacológica de los antidepresivos. En general, su perfil de efectos secundarios es más favorable que el de los fármacos clásicos, similar al de los ISRS. Hay que monitorizar la presencia de alteraciones de la tensión arterial con venlafaxina y reboxetina (hiper e hipotensión, respectivamente). El nefazodone aporta la ventaja de su carencia de efectos sobre la función sexual, pero puede producir un síndrome de inestabilidad especialmente mal tolerado en ancianos <sup>(12,14, 17)</sup>.

Cuando los fármacos no son efectivos (ej. depresiones psicóticas), o cuando la depresión supone un riesgo para la vida (ej. riesgo alto de suicidio,

malnutrición, formas estuporosas de depresión), la terapia electroconvulsiva (TEC) puede ser la mejor forma de tratamiento. La TEC es una modalidad de tratamiento segura, rápida y efectiva. Con los métodos actuales, los efectos adversos y el deterioro cognitivo se han reducido de forma considerable.

**LA FLUOXETINA**, vida media larga, de aproximadamente 7 días, y su metabolito activo cuya vida media está entre 7 y 15 días. Es el más estimulante de los ISRS y su larga vida media lo hace menos conveniente en los ancianos, en quienes se recomienda dosis de 10mg por día si es indispensable utilizarla.

**LA PAROXETINA**, si vida media es de 21 horas y la dosis recomendada 10mg por día. Por su acción anticolinérgica puede causar mareos.

**LA SERTRALINA**, tiene vida media de 26 horas y se recomienda a una dosis de 25 a 50mg diarios para empezar <sup>(16)</sup>.

## **LA FAMILIA Y EL ANCIANO**

La interrelación entre el anciano y su familia, así como el papel de uno y otra en la sociedad han evolucionado en las últimas décadas de forma vertiginosa. Asimismo los conceptos de anciano o las estructuras familiares y el reparto de roles dentro de las mismas han variado de forma considerable.

La mayor esperanza de vida y de años de vida en buenas condiciones (aunque también en malas), el acceso casi generalizado a pensiones y asistencia sanitaria, el alargamiento de las etapas formativas en la juventud con el consiguiente retraso en la entrada al mundo laboral de los jóvenes, la

incorporación al mismo de forma masiva de la mujer, la reducción del tamaño familiar, las mejoras en las comunicaciones y el consiguiente desplazamiento del centro de gravedad demográfico hacia las zonas urbanas en detrimento de las zonas rurales, las sucesivas crisis económicas, etc., han sido algunos de los responsables de este fenómeno. Desde este punto de vista, los estereotipo de anciano y familia deben ser puestos al día en esta realidad social así como el papel que juega el anciano en la familia y ésta para el anciano. Ya que forma parte de una sociedad, y dentro de ella de una familia, no pueden explicarse sus funciones y su evolución sino dentro de la misma. Para la persona anciana lo más importante es su familia, dejando de tener tanta importancia el resto de entramado social, lo que crea una serie de interrelaciones entre ambos (familia y anciano) que van a marcar en gran medida su evolución posterior <sup>(11)</sup>. Ser consciente de estos cambios es fundamental para todos aquéllos relacionados con el mundo socio sanitario, pues nos ayudarán a comprender mejor a las personas y familias a las que atendemos y con ello proporcionar una mejor atención, empleando los recursos de que disponen los ancianos, sus familias y la sociedad <sup>(21)</sup>.

La familia con ancianos es una auténtica escuela de relaciones intergeneracionales. La figura del abuelo como factor de integración de la familia y principal educador/entretenedor se mantiene. El contacto directo de los abuelos con los jóvenes modifica de forma drástica sus percepciones de la vejez potenciando las imágenes positivas de la misma, de la “abuelidad”, dando un aire de nostalgia a su falta. El valor de los ancianos se basa en la complementariedad respecto a la figura de los padres. De hecho los abuelos

constituyen la parte agradable de la educación de los nietos junto a la imagen de la tradición y de metáfora de la vida <sup>(3)</sup>.

Curiosamente, la velocidad de los cambios en el conocimiento y la tecnología han permitido el fenómeno, que se ha denominado de la transmisión inversa del conocimiento (transmisión de hijos a padres), que lejos de ser negativo, permite al anciano amortiguar los impactos que dichos cambios van produciendo en la vida diaria. A la vez, el anciano actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones.

Como hemos comentado más arriba la desaparición de la familia extensa tradicional ha dado paso equivalente, la familia extensa modificada, que viene a confirmar la fuerza de la necesidad que tienen entre sí las tres generaciones (o más, dada la longevidad que se alcanza actualmente) que la constituyen. La familia sigue siendo el principal soporte social del anciano <sup>(3)</sup>.

Habitualmente el cuidador más inmediato suele ser el cónyuge y en un segundo lugar los hijos, principalmente hijas o nueras, ocupando un lugar menos importante otros familiares o personas allegadas, Ello es tan válido para el anciano que precisa una atención, como para el hijo-hija que se puede beneficiar de que los abuelos cuiden a los nietos.

Incluso en países donde las distancias son mayores y la movilidad geográfica importante, la función protectora de la familia es una de las actividades más útiles e integradoras. Se sabe que para la persona anciana lo más importante es la familia, dejando de tener tanta importancia el resto del entramado social.



La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio. El sexo parece ser también un factor condicionante en esta situación, de forma que los varones, probablemente por su falta de competencia en las tareas domésticas diarias, cuando enviudan suelen pasar a vivir con sus descendientes, habitualmente una hija. Esta situación se da menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen ayuda ocasional para tareas pesadas. El número de ancianas que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que también se puede ver condicionado por su mayor longevidad <sup>(11,21)</sup>.

No obstante, se pueden prever algunas modificaciones debido al aumento de la esperanza de vida (cada vez los ancianos viven más años, y además lo que ha aumentado son los años de dependencia), la disminución de la natalidad (cada vez hay menos cuidadores), y la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo. ¿Quién cuidará al anciano? Esta tendencia a cuidar a la persona mayor en casa y por la familia se ve favorecida por motivaciones individuales entre las que se pueden apuntar: el sentimiento de corresponder de forma recíproca, la creencia de que los cuidados que se ofrecen en la familia son los mejores y también el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales, y cumplir con sus deberes.

En este intercambio de “servicios”, cuando el anciano/a pasa a convivir con sus hijos/as la calidad y cantidad de “prestaciones” no es la misma para el varón que para la mujer. El primero puede verse más como una carga, aunque su nivel económico sea superior, mientras que en la anciana (habitualmente

perceptora de bajas pensiones de viudedad o no contributivas) puede verse un ayuda en las tareas domesticas, crianza de los niños, etc.

Tradicionalmente la familia como proveedora de bienestar era especialmente importante en el mantenimiento de la renta de las personas mayores, aspecto que en la actualidad parece invertirse. La crisis económica y las dificultades de los hijos por conseguir un empleo provoca un incremento de hogares cuyo sustentador principal ronda la edad de la jubilación. Cuando el anciano se traslada a vivir al domicilio de su hijo/a aporta los problemas correspondientes a su ciclo vital personal y familiar (enfermedad, pérdida,...) a los de la familia del hijo/a que lo acoge, que a su vez puede estar viviendo crisis familiares (hijos adolescentes, salida d los hijos del hogar...) o individuales (paro, jubilación, menopausia, ancianidad, pérdidas...). Cuando la familia incorpora un nuevo miembro éste debe adaptarse a las reglas, pero además el antiguo sistema debe reorganizarse para incluir al nuevo miembro y en ocasiones modificar alguna de sus normas.

Existe una tendencia a mantener las antiguas pautas lo cual puede crear estrés en el anciano, sobre todo si tenemos en cuenta la dificultad para el cambio del anciano y el miedo a realizarlo. Es un acontecimiento vital estresante tanto para el anciano, como para la familia que lo acoge; independientemente de que esta incorporación puede ser o no voluntaria, y aún siéndolo puede no ser unánimemente deseada por todos los miembros de la familia. De la adaptabilidad de esta familia y de cómo resuelvan esta situación dependerá que la nueva incorporación contribuya a su crecimiento y

al de sus componentes o genere una inadaptación que desemboque en conflictos y quizás en enfermedad.

Una incorporación no sólo ocasiona cambios en las reglas, sino que también pueden aparecer nuevos subsistemas: alianzas entre el abuelo y los nietos o entre abuelo y padre o madre, perturbando el sistema parental.

Tenemos que pensar que el anciano no sólo se incorpora a una nueva familia (aunque sea la suya), sino que para ello ha tenido que abandonar su hogar, y en ocasiones su pueblo, trasladándose a una ciudad desconocida en parte, y con unas formas de vida muy distintas de las suyas <sup>(11)</sup>.

Cuando este cuidado se da a una persona dependiente, y en especial cuando sufre una demencia se pueden presentar problemas adicionales, como dificultades en la vivienda (pequeñas en la actualidad).

Puede ocurrir que la vivienda no esté adaptada a las necesidades del anciano dependiente (camas, baños, puertas) y el hijo adolescente a su vez reivindique “su” espacio, y ello provoque cambios en los hábitos de vida, inseguridades en el cuidado, alteraciones en la comunicación entre los miembros de la familia, agotamiento, autoculpabilización en los cuidadores, cambio en los roles familiares, responsabilidades, desigualdades en la atención, reducción de los contactos sociales de los cuidadores. Cuando el anciano requiere muchos cuidados su atención llega a convertirse en el elemento central de la vida del cuidador (habitualmente cuidadora) y lo supedita al resto de sus facetas personales.

De esta manera compatibilizar los papeles de hija, trabajadora, madre y esposa se convierte para muchas mujeres en una situación difícilmente sostenible y generadora de crisis personales y familiares de gran intensidad e inductora de enfermedad. Se da la paradoja de que para mantener la integración social del anciano se puede producir la exclusión de las cuidadoras.

En nuestras manos está intentar prevenir esta situación haciendo al conjunto familiar consciente de ella y prestando nuestra ayuda en la búsqueda de los apoyos necesarios tanto dentro de la familia como en la sociedad. A medida que la red familiar es más débil, el riesgo de institucionalización aumenta especialmente con la edad y la enfermedad. En nuestra sociedad el porcentaje de ancianos residentes en instituciones es reducido (alrededor del 10%), sin duda condicionado por la fortaleza de las relaciones familiares <sup>(21)</sup>.

Una situación frecuente: el abuelo "golondrina"

En ocasiones el anciano no se traslada al domicilio de un hijo sino a todos los domicilios de forma rotatoria, convirtiéndose en el abuelo "maleta" o abuelo "golondrina". Cada familia puede tomar esta iniciativa por distintos motivos, siendo en ocasiones inevitable. Esto puede dificultar la adaptación tanto del anciano como de sus familiares ocasionando un estrés continuo, por el continuo cambio, que en ocasiones puede agravar una demencia ya existente. El abuelo tiene que adaptarse a una nueva casa, a un nuevo barrio, a un nuevo centro de salud y en ocasiones a una nueva ciudad, que le va a impedir o dificultar el crear una red social más amplia que la de la familia <sup>(11)</sup>.

## **EPIDEMIOLOGIA**

La proporción de adultos mayores en la población mundial aumenta cada año. En México, por ejemplo, los ancianos representaban el 7,1% de la población (6,9 millones de personas) en el año 2000 y se prevé que su número ascienda a 32,4 millones en 2050, cuando uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 65 años <sup>(8)</sup>.

Se consideran adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 y mas para considerarlo adulto mayor.

En los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población. Es tiempo en que el mundo comienza su destino demográfico al envejecimiento; ahora, la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI.

Los países desarrollados continuaron su transición de la mortalidad y de la fecundidad, envejeciendo aun más su población. Los países en desarrollo aceleran su transición de mortalidad y principia lentamente la fecundidad, rejuveneciendo su población hasta 1970 de este año hasta el fin del siglo continúa la transición de la mortalidad y se intensifica la baja de la fecundidad, iniciando un proceso de envejecimiento. Los países con bajo desarrollo tienen condiciones muy diferentes: a partir de 1950 se observa el comienzo de su

transición de la mortalidad con notable velocidad en los últimos 30 años del siglo. Su alta fecundidad permanece constante y hasta el 2000 empieza a rejuvenecimiento.

De esta forma los tres conjuntos de países se transformaron sus factores demográficos en tiempos y ritmos diferentes. No obstante, continuaron conservando profundas desigualdades en los niveles sociodemográficos según su grado de desarrollo <sup>(7)</sup>.

Por lo tanto la población de México pasa actualmente por una fase avanzada de la transición demográfica y se aproxima gradualmente a la última etapa. De acuerdo a las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se espera que la transición demográfica de nuestro país se haya completado a mediados del presente siglo. Los habitantes pasarán de casi 100 millones en el 2000 a más de 130 millones en el 2050, pudiéndose identificar dos claras diferencias. La primera, de la población infantil y juvenil (0 a 14 años) a la senecta, donde el decremento de 13.8 millones en los primeros se equipara a casi el incremento de 14.1 millones en quienes tienen 65 a 75 años de edad. Segunda, de los individuos de las primeras diecinueve edades activas (15 a 33años) a la población de las siguientes diecisiete edades laborales (34 a 50 años), donde ahora la pérdida de 8.59 millones de los más jóvenes se ve prácticamente compensada con la ganancia de 8.86 millones de los más viejos. Los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico. Su monto se multiplicará casi siete veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones e incrementará su participación de 4.8 a 24.6%, es decir que dentro de 50años, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera

edad. El proceso de envejecimiento se puede resumir en la duplicación de la edad mediana de la población de nuestro país: de 23.2 años en 2000 a 46.3 años en el 2050. La vida media aumentaría de 75.3 años (73.1 para hombres y 77.6 para mujeres) en la actualidad a 83.7 años (82 y 85.5, respectivamente) dentro de medio siglo.

En el año 2000 la población mundial reunía el 29.9% en edades infantiles y el 6.9% en edades avanzadas; al año 2050 el grupo infantil disminuirá al 21% y el de 65 y más se incrementa notablemente a 15.6%. En síntesis, el próximo medio siglo el envejecimiento del mundo se representará con un aumento de 1,041 millones de habitantes de 65 años y más, de los cuales 14% corresponden a países desarrollados, 77% en vías de desarrollo y solo el 9% a los de bajo desarrollo. Social y económicamente se requerirá un cambio gradual en el perfil de recursos físicos y humanos en la educación, la salud y el empleo <sup>(2)</sup>.

El mayor impacto social y probablemente económico del envejecimiento, se desprende de los cambios en el estado de salud que conlleva. Los factores determinantes y condicionantes de la salud del adulto mayor son los siguientes.

A nivel individual: género, edad, economía, educación, nutrición y comorbilidad Intermedios: familia, servicios, médico-sociales, pobreza, empleo, vivienda, políticas de vejez. Remotos: políticas de población, desarrollo, urbanización, migración y patrones culturales.

El estado de salud de la población de edad avanzada en su conjunto, tiene un peso específico que recae en el sistema de salud en mayor o menor grado en

función de la eficiencia de éste. En tal contexto de la interdependencia, más que los eventos agudos, es la morbilidad crónica degenerativa y sus consecuencias no letales, en particular de la dependencia. Afecciones cardiovasculares, las complicaciones de la diabetes, los traumatismos (en particular las fracturas), la enfermedad cerebro-vascular y las neumonías. Poco se conoce la participación de las afecciones como las alteraciones de la nutrición (en particular de la obesidad), la demencia y la depresión, por carecer de un adecuado registro <sup>(21)</sup>. Sabemos sin embargo, que no menos de 2 millones de mexicanos adultos mayores en el presente sufren un estado de dependencia funcional y que afecciones como la demencia son al menos igualmente prevalentes en nuestro país que en otros más avanzados en la transición epidemiológica.

Las primeras cinco causas de muerte de mayor a menor importancia en 1999 fueron: diabetes, infarto, enfermedades pulmonares, insuficiencia cardíaca y neumonía. Éstas representaban el 34.8% del total de muertes de 65 años y más. Es importante señalar que en 1990 el infarto ocupaba el primer lugar y la diabetes el segundo, cambiando el orden casi 10 años después. De acuerdo con un análisis, el costo de los servicios de salud por el IMSS a los adultos mayores constituyó 19.4% del ingreso total del Instituto y del 26% de sus gastos en 1997.5. Por ejemplo de las dos enfermedades crónicas prioritarias en el IMSS: la diabetes y la hipertensión arterial, representaron un número total de casos atendidos en personas de edad de 280 mil en 1996 y de 670 mil en el 2000. Se anticipa un incremento de casos de 1.1 millones en el 2010 y de 1.5 millones



en el 2020 <sup>(2)</sup>.

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) confirma la hipótesis sobre la fuerte dependencia de los adultos mayores al apoyo que reciben de sus familiares, por lo que el efecto del inminente descenso de la fecundidad plantea serias interrogantes para el futuro de esa población. Los adultos con menor nivel de estudios residían, con o sin pareja, con sus hijos casados. Las personas sin pareja que residen con hijos casados y otros familiares y no familiares, son las que muestran un mayor grado de deterioro, 40%.

El futuro es incierto. Los países con menores niveles de desarrollo, que conforman gran parte de la población mundial, 80% en el 2000 y 87% en el 2050, en los pasados cincuenta años no se resolvieron en su totalidad las carencias básicas de las generaciones que se han ido incorporando a diferentes etapas de su vida bajo regímenes sociodemográficos y políticos cambiantes. Esta gran población se enfrenta, desde ahora y cada vez con mayor rapidez, el proceso de envejecimiento que modificará la oferta de recursos humanos y la demanda de bienes y servicios <sup>(7)</sup>.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento lleva de por sí un deterioro de las capacidades intelectuales, que pueden llegar a interferir con el desenvolvimiento de las actividades cotidianas, sociales o laborales. Una persona de edad avanzada suele tener múltiples factores de riesgo para depresión y el diagnosticar oportunamente este cuadro es algo tan fundamental como en ocasiones difíciles sobre todo en los pacientes ancianos.

La depresión no es una parte normal del envejecimiento, pero, numerosos estudios han establecido, que la frecuencia de la depresión, aumenta con la edad, lo que hace de esta enfermedad, el trastorno psiquiátrico de mayor importancia, en las personas de la tercera edad.

Aunque la depresión es uno de los desórdenes psiquiátricos más frecuentes y tratables que se presentan en las personas de edad avanzada, con frecuencia calidad de vida, empeora el pronóstico de ciertos problemas médicos.

Al menos de 2 millones de mexicanos adultos mayores en el presente sufren un estado de dependencia funcional y que afecciones como la depresión son al menos igualmente prevalentes en nuestro país que en otros más avanzados en la transición epidemiológica.

En la CMF Marina Nacional se cuenta con una población de 3,532 adultos mayores (hombres y mujeres) y dentro del módulo gerontológico 494, por lo que es importante para nosotros conocer la frecuencia de la depresión en la población adulta mayor, cómo poder detectarla y hacer un adecuado diagnóstico de exclusión, por lo que la pregunta que planteamos para este estudio es la siguiente:

***¿Cuál es la frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden a la Clínica “Marina Nacional” del ISSSTE en la Cd. de México?***

### **CAPITULO III JUSTIFICACIÓN**

#### **Magnitud del problema:**

#### **Cantidad de adultos mayores que acuden al módulo gerontológico:**

En la unidad de medicina familiar de marina nacional de acuerdo al último censo realizado en mayo de 2008, se cuenta con una población mayor de 60 años de 3,532.

La cantidad de adultos mayores que acuden al módulo gerontológico son de 494, con diversas enfermedades crónicas en las cuales se les da seguimiento en este módulo, a los cuales se les imparten cursos como clases de yoga y ejercicios propios para este grupo de edad, así como capacitación a cuidadores de pacientes geriátricos.

#### **Factibilidad del trabajo:**

Para poder realizar la presente investigación se cuenta en la clínica con un espacio físico el cual cuenta con un escritorio, mesa de exploración y material medico necesario para impartir consulta medica, así como el módulo gerontológico el cual tiene estadísticas actualizadas de los ancianos registrados en este, y las enfermedades que padecen, diviendolas en consultas mensuales y anuales. Así como el apoyo del archivo clínico para recabar información de los expedientes. Las salas de espera de todos los

consultorios de la clínica en donde también se identifica a la población adulta mayor y se aplican el instrumentos de medición de depresión con previo consentimiento informado.

**Utilidad de los resultados:**

Nuestros resultados servirán a los pacientes atendidos por médicos de primer contacto en particular al médico familiar, ya que podrá hacer una detección oportuna de la depresión y manejarla adecuadamente, así como la utilización de medicamentos en los ancianos sin repercutir en su estado de ánimo o con las enfermedades crónicas que este padezca, así al saber manejarlos correctamente, haremos un mejor uso de esto y apoyar a utilizar mejor los recursos en beneficio de la institución

## **CAPITULO IV OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden a la Clínica “Marina Nacional” del ISSSTE en la Cd. de México

### **Objetivos específicos**

1. Determinar las características generales de los pacientes entrevistados (edad, sexo, estado civil)
2. Clasificar a la familia de los pacientes estudiados según su estructura
3. Identificar el estado de salud que refieren los pacientes entrevistados
4. Registrar la cantidad y tipo de medicamentos que refieren consumir los pacientes
5. Determinar la presencia de depresión en los pacientes entrevistados a través de la Escala de Depresión de Yesavage

## **CAPITULO V**

### **MATERIAL Y METODOS**

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

##### **Material y métodos**

- Tipo de estudio

Descriptivo, prospectivo, transversal.

- **Población, lugar y tiempo**

Adultos mayores que acuden al Módulo de Gerontología y ha consulta general de la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE en la Cd. de México del mes de junio de 2008 a mayo de 2010

- **Criterios de selección**

Inclusión

1. Adultos mayores de 60 años de edad
2. De ambos sexos
3. Usuarios de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional
4. Voluntarios

## Exclusión

1. Menores de 60 años
2. Personas con demencia avanzada
3. No usuarios de la clínica
4. Quienes no deseen participar

## Eliminación

1. Pacientes que presenten una urgencia médica
2. Pacientes que no terminen de contestar la encuesta

### • Tipo y tamaño de la muestra

Tamaño: 115 adultos mayores

Tipo: por cuota, Error: 8%, confianza 95%

### • Variables

Nombre	Definición	Tipo	Escala	Valores
Edad	Tiempo de vida de un individuo	Cuantitativa	Discontinua	60 a n años
Sexo	Característica cromosómica que distingue a los machos de las hembras	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Estado civil		Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Viudo
Clasificación familiar		Cualitativa	Nominal	Vive solo (a) Nuclear Extensa Compuesta
Estado de	Estado en que	Cualitativa	Nominal	Los



salud	el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.			contenidos en el CIE-10
Número de enfermedades		Cuantitativa	Discontinua	1 a n
Cantidad de medicamentos que toma el paciente		Cuantitativa	Discontinua	1 a n
Tipo de medicamento	Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.	Cualitativa	Nominal	Los del cuadro básico de medicamentos del ISSSTE
Presencia de depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.	Cualitativa	Ordinal	Normal Probable depresión Depresión establecida

- **Prueba piloto.**

La prueba piloto se realizó con 20 pacientes adultos mayores adscritos a la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional”, en el turno matutino, con su previa autorización para la realización del trabajo de investigación.

Se les otorgó un instrumento de 30 ítems con respuesta concreta SI/NO, así como la forma simplificada del instrumento de 15 ítems, tomando en cuenta el tiempo de aplicación y la manera en que el paciente lo comprendía. Se optó por aplicar para este estudio la forma simplificada, lo cual nos permitió recabar más información de una manera más concreta.

- **Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.**

1. Recursos humanos, el autor de la investigación, el profesor titular del curso de especialización médica, profesores-asesores.
2. Materiales, los instrumentos fueron impresos en hojas de papel bond blanco, tamaño carta, bolígrafos, computadora, unidad de almacenamiento portátil (USB), impresora, cartuchos de tinta.
3. Físico, sala de espera de la clínica de consulta en general y del módulo gerontológico.
4. Financiamiento del estudio, a cargo del médico investigador.

- **Instrumento de recolección de datos**

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión <sup>(27)</sup>.

## Escala de Depresión de Yesavage modificada

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE		SI	NO
1.- ¿ Está satisfecho con su vida?		0	1
2.- ¿ Ha renunciado a muchas actividades?		1	0
3.- ¿ Siente que su vida está vacía?		1	0
4.- ¿ Se encuentra a menudo aburrido/a?		1	0
5.- ¿ Tiene a menudo buen ánimo?		0	1
6.- ¿ Teme que algo malo le pase?		1	0
7.- ¿ Se siente feliz muchas veces?		0	1
8.- ¿ Se siente a menudo abandonado/a?		1	0
9.- ¿ Prefiere quedarse en casa a salir?		1	0
10.- ¿ Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		1	0
11.- ¿ Piensa que es maravilloso vivir?		0	1
12.- ¿ Le cuesta iniciar nuevos proyectos?		1	0
13.- ¿ Se siente lleno/a de energía?		0	1
14.- ¿ Siente que su situación es desesperada?		1	0
15.-¿ Cree que mucha gente está mejor que usted?		1	0
	Puntuación total =		
<b>RESULTADOS</b>	<b>0 - 5 normal</b> <b>6 - 9 probable depresión (S: 84% y E: 95%)</b> <b>&gt;9 depresión establecida (S: 80% y E: 100%)</b>		

- **Procedimiento para la recolección de datos**

Se realizó esta encuesta con previa participación informada al paciente, en la sala de espera de la clínica de Marina Nacional a todos los adultos mayores que acudan a la clínica y al módulo gerontológico.

- **Consideraciones éticas.** Se apega a los puntos 20, 25, 28, 30, 31 publicados en la declaración de Helsinki

Apegada a la Ley General de Salud Título segundo, capítulo único: Artículo 7.

El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

## CAPITULO VI RESULTADOS

Se entrevistaron 115 adultos mayores aplicando la escala de depresión Yesavage modificada.

La distribución de su edad se muestra en la tabla 1.

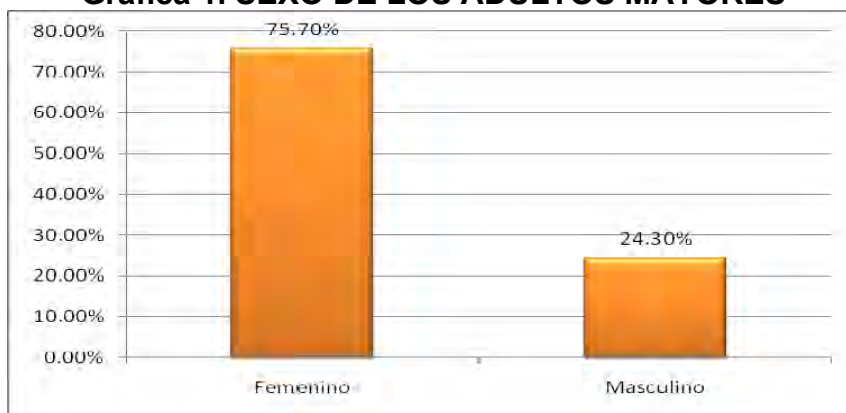
**Tabla 1.**  
**Edad de los entrevistados**

Promedio	Mediana	Moda	Des.Est.	Mínimo	Máximo	Rango
77.3	77	80	6.8	62	93	31

Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009.

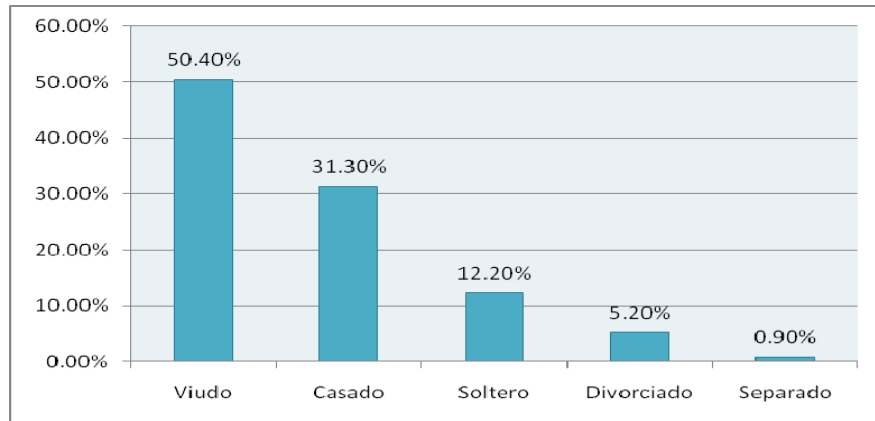
La distribución por sexo se presenta en la gráfica 1.

**Gráfica 1. SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES**



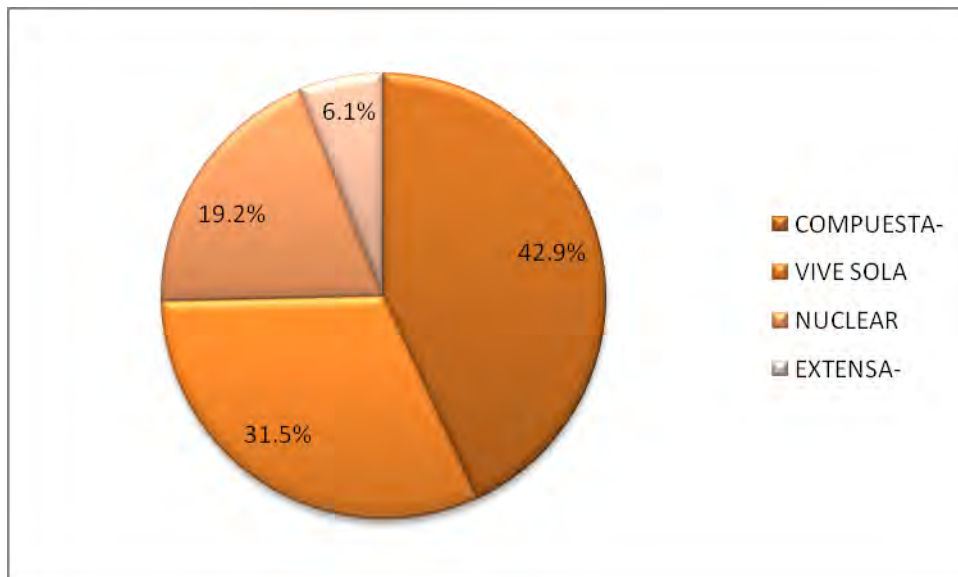
Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009.

## Gráfica 2. EDO. CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES



Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009.

## Gráfica 3. TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS



Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009.

**TABLA 2. PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN LOS ENTREVISTADOS**

Persona con la que convive	Frecuencia	Porcentaje
CUIDADORES	24	20.9
SOLA	10	8.7
TRABAJADORES DOMESTICOS	10	8.7
SOBRINA Y ESPOSO	9	7.8
ESPOSA	7	6
HIJO,NIETA Y DOS BISNIETOS	5	4.3
ESPOSO, HIJO	5	4.3
ESPOSO,HIJA	5	4.3
HERMANA	5	4.3
HIJA,DOS NIETOS,YERNO	5	4.3
HIJA,YERNO, NIETA	5	4.3
ESPOSA Y NIETO	4	3.4
ESPOSO	4	3.4
SOLO	4	3.4
HIJA Y 2 NIETOS	2	1.7
HIJA Y YERNO, NIETOS	2	1.7
HIJO Y NUERA, 2 NIETOS	2	1.7
SOBRINA	1	0.8
NIETO	1	0.8
ESPOSO,HIJA Y 2 NIETOS	1	0.8
ESPOSO,HIJA,YERNO, NIETA	1	0.8
HIJA	1	0.8
HIJA Y 2 NIETOS, ESPOSO	1	0.8
HIJA,2 NIETOS, HIJO	1	0.8
Total	115	

Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009.



**Tabla 3 .NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS DETECTADOS EN LOS ADULTOS MAYORES**

Promedio	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
2.5	2	2	1	6

Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009.

**Tabla 4. FRECUENCIA DEL PRIMER DIAGNÓSTICO REFERIDO POR LOS ADULTOS MAYORES**

Diagnóstico 1	Frecuencia	Porcentaje
<b>HAS 42</b>		<b>36.50%</b>
<b>DM 2</b>	<b>27</b>	<b>23.40%</b>
<b>OSTEOARTROSIS 14</b>		<b>12.10%</b>
INSF. VENOSA PERIFERICA	5	4.34%
OSTEOPOROSIS	5	4.34%
DISLIPIDEMIA	3	2.60%
ARTRITIS REUMATOIDE	2	1.73%
CARDIOPATIA ISQUEMICA	2	1.73%
CATARATA BILATERAL	2	1.73%
HIPOTIROIDISMO	2	1.73%
INSF.CAROTIDEA	2	1.73%
LUMBALGIA	2	1.73%
ULCERA GASTRICA EN REMISION	2	1.73%
HERNIA HIATAL	1	0.86%
MIGRANA	1	0.86%
MIOPIA	1	0.86%
PARALISIS FACIAL	1	0.86%
PARKINSON	1	0.86%

Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009.

El porcentaje acumulado de 72% se obtiene con los primeros tres diagnósticos.

**Tabla 5. FRECUENCIA DEL SEGUNDO DIAGNÓSTICO REFERIDO POR LOS ADULTOS MAYORES**

Diagnóstico 2	Frecuencia	Porcentaje
OSTEOARTROSIS	22	24.7%
HAS	18	20.2%
INSF.VENOSA PERIFERICA	13	14.6%
DM 2	7	7.8%
ARTRITIS REUMATOIDE	4	4.4%
HIPERPLASIA PROSTATICA	4	4.4%
OSTEOPOROSIS	3	3.3%
ARTROSIS	2	2.2%
CATARATA OD	2	2.2%
ENF. ACIDO PEPTICA	2	2.2%
LUMBALGIA	2	2.2%
PARALISIS FACIAL	2	2.2%
VERTIGO	2	2.2%
CA.DE MAMA EN REMISION	1	1.1%
CATARATA BILATERAL	1	1.1%
CIATICA	1	1.1%
HIPOTIROIDISMO	1	1.1%
NEUROPATIA DIABETICA	1	1.1%
RETINOPATIA DIABETICA	1	1.1%

Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009.

Porcentaje acumulado 59.50% de los tres primeros diagnósticos.

**Tabla 6. Distribución de medicamentos más utilizados por los adultos mayores encuestados**

Promedio	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
3	3	2	0	7

Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009

**TABLA 7. FRECUENCIA DEL PRIMER MEDICAMENTO DE MÁS USO REFERIDO POR LOS PACIENTES ENTREVISTADOS**

Medicamento 1	Frecuencia	Porcentaje
GLIBENCLAMIDA	5	23.80%
ENALAPRIL	3	14.20%
CALCIO	2	9.50%
DICLOFENACO	2	9.50%
PENTOXIFILINA	2	9.50%
CAPTOPRIL	1	4.70%
CARBAMACEPINA	1	4.70%
CITALOPRAM	1	4.70%
COMPLEJO B	1	4.70%
INSULINA GLARGINA	1	4.70%
RISENDRONATO	1	4.70%
SULFATO FERROSO	1	4.70%

Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009

**TABLA 8. FRECUENCIA DEL SEGUNDO MEDICAMENTO DE MÁS USO REFERIDO POR LOS PACIENTES ENTREVISTADOS**

Medicamento 2	Frecuencia	Porcentaje
METFORMINA	4	21%
ASA	3	15.70%
PENTOXIFILINA	3	15.70%
DICLOFENACO	2	10.50%
CAPTOPRIL	1	5.20%
CARBAMACEPINA	1	5.20%
COMPLEJO B	1	5.20%
INSULINA GLARGINA	1	5.20%
LEFLUNOMIDA	1	5.20%
LOSARTAN	1	5.20%
NIFEDIPINO	1	5.20%

Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009

#### GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN PACIENTES ENCUESTADOS



Fuente: Encuestas de detección de depresión aplicadas en la Clínica "Marina Nacional" del ISSSTE en el segundo semestre de 2009

## **CAPITULO VII**

### **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

El promedio de edad encontrado fue de 77 años, la mayor parte de los participantes fueron mujeres y sólo una tercera parte están casados, la mayoría son viudos, esto es un reflejo de la esperanza de vida mayor en las mujeres que en los hombres, ellas están más propensas a vivir más tiempo sin pareja, las mujeres acuden más a los servicios de salud <sup>(2)</sup>.

Llama la atención que 42.9% de las familias de los adultos mayores que estuvieron en estudio tienen una familia compuesta donde se encuentra una persona que no es familiar y vive con ellos, las necesidades del adulto mayor que son cubiertas por un cuidador sin lazos sanguíneos los lleva a integrar un tipo de familia que en otros grupos etarios no es común encontrar <sup>(11)</sup>. La convivencia familiar ha cambiado, poco contacto con los hijos y otros familiares, es una consecuencia de los aspectos sociales que exigen a las personas más horas dedicadas a trabajar para poder vivir. Existen dos posibilidades al dejar a un anciano al cuidado de otra persona: que el cuidador esté capacitado para esta tarea y cuide la salud del anciano o bien que el cuidador sea improvisado y arriesgue la salud del anciano.

La enfermedad que predominó fue la hipertensión, seguida de la diabetes tipo 2, que junto con la osteoartritis suman el 72% de las enfermedades. En varios estudios se ha observado que la hipertensión se presenta con mayor frecuencia después de los 60 años, mas que otro tipo de enfermedades crónicas degenerativas que aumentan con la edad adulta como las del tipo

metabólicas y del sistema musculoesquelético. Las enfermedades crónicas son un factor de riesgo para padecer depresión <sup>(18)</sup>.

Los medicamentos más consumidos por este grupo de pacientes son los antihipertensivos, hipoglucemiantes y los que ayudan al sistema musculoesquelético, están relacionados con el estado de salud que presenta este grupo de pacientes. Algunos de estos medicamentos pueden provocar depresión o algunas manifestaciones del cuadro clínico como los antihipertensivos, hipoglucemiantes, antiparkinsonianos, multivitamínicos principalmente la B12 en tiempo prolongado de uso<sup>(14)</sup>. El médico familiar debe ser experto en el cuadro básico que utiliza en estos pacientes ya que el metabolismo de los medicamentos es muy diferente que en otro grupo de edad y los efectos secundarios tienen una presentación muy variada.

Se detectó que el 4% de los pacientes entrevistados tuvieron un resultado positivo para depresión establecida según la escala de Yesavage. En estudios revisados se refleja la depresión con mayor frecuencia en adultos mayores del sexo femenino, con bajos ingresos económicos, malas condiciones cohabitacionales, bajo nivel cultural y de instrucción y en población rural. La depresión se asocia a un deterioro significativo en el bienestar y funcionalidad del paciente, independientemente de la severidad de la depresión <sup>(11)</sup>.

El 17% presentó probable depresión. El manejo indicado para estos pacientes es buscar factores precipitantes, orgánicos, enfermedades concomitantes, fármacos, aspectos familiares, sociales, duelo. Es importante involucrar al paciente y a su cuidador (familiar o no) en el manejo de los medicamentos

antidepresivos que conozca sus beneficios, cuando y porque tiene que administrarse en el anciano <sup>(16)</sup>.

El 79% de los ancianos entrevistados no presento depresión estudios comparativos coinciden con estos resultados <sup>(5,20)</sup>, la prevalencia de la depresión varía en función del medio que evaluamos en la comunidad, la adecuada utilidad que estos tienen de su tiempo libre, y la forma en que optimizan las redes de apoyo independiente de lazos estrechos familiares, son factores que disminuye la depresión en este grupo de adultos mayores estudiados.

## **CAPITULO VIII CONCLUSIONES**

El promedio de edad en este grupo de pacientes encuestados es de 77.3 años, el sexo que predominó es el femenino, el estado civil por el presentan las personas encuestadas es de viudez, predominado más el sexo femenino con más número de viudas que viudos.

La familia predominante es la compuesta en este grupo de edad encuestado. El promedio de enfermedades que presenta estos pacientes es de dos, quedando en primer lugar la hipertensión arterial, en segundo la diabetes mellitus, y en tercer lugar enfermedades que afectan al sistema músculo esquelético, así se obtiene un porcentaje acumulado de un 72.17 % entre estas tres entidades.

El promedio de medicamentos utilizados es de tres, el más utilizado es la glibenclamida, seguido del enalapril y el calcio como tercer lugar.

El 79% de los pacientes se encuentra sin datos de depresión, el 17% como una probable depresión y el 4% como depresión establecida.

### **Propuesta**

Es importante que el médico familiar conozca adecuadamente la fisiopatología de la depresión en el anciano así como el uso adecuado de medicamentos, y el manejo de estos de acuerdo a sus recursos en el primer nivel de atención.

El manejo adecuado depende de que se conozca la acción farmacológica de los antidepresivos en este grupo de edad, para poder utilizarlos adecuadamente sin riesgos para el paciente, así como cualquier otro grupo de medicamentos y enfermedades concomitantes que tiene un pueden



enmascarar un cuadro depresivo principalmente en adultos mayores.

En cuanto a los pacientes en estudio que caen en el rubro de probable depresión es necesario llevar un adecuado manejo junto con el grupo interdisciplinario de especialistas con los que cuenta la clínica, tales como el medico del módulo gerontológico, área de psicología y el medico familiar, los cuales haciendo un correcto diagnostico, detectara el origen de la enfermedad y se tomara la decisión adecuada para la resolución del problema. De esta misma manera se trabajara con los pacientes con depresión establecida, junto con la valoración y asesoría de médicos psiquiatras y geriatras con los cuales llevemos de la mano al paciente en el seguimiento de la enfermedad.

El manejo adecuado depende de que se conozca la acción farmacológica de los antidepresivos en este grupo de edad, para poder utilizarlos adecuadamente sin riesgos para el paciente, así como cualquier otro grupo de medicamentos y enfermedades concomitantes que tiene un pueden enmascarar un cuadro depresivo principalmente en adultos mayores.

Es importante que el medico familiar detecte los recursos con los que cuenta el paciente en cuanto a su ambiente familiar y las redes de apoyo, ya que es necesario optimizarlos para llevar a una mejor resolución de la enfermedad.

Una propuesta importante es continuar una red de investigación de este tema, ya que seria importante determinar si el módulo gerontológico como red de apoyo para la población anciana es un factor que disminuya el riesgo de depresión, ya que en esta investigación la mayoría de los pacientes encuestados acuden a este módulo y se observo un bajo porcentaje de depresión. Otro factor importante seria profundizar más acerca de la

polifarmacia y pluripatología que es característica de este grupo de edad, como un factor más de depresión. Así como desarrollar actividades físicas y recreativas en función de las demandas del adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría, 7ª ed., Buenos Aires: Panamericana, 1996.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de la tercera edad. [Sitio en internet]. Hallado en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/temp/prensa/contenidos/estadisticas/personas.pdf>
3. Membrillo LA, Fernández MA. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Definiciones y conceptos de familia. 2ª ed., México, ETM 2008: 35-50.
4. Diccionario de la Lengua Española 19ª ed. Madrid, Espasa Calpe, 1970.
5. Alfaro AL. Depresión en la atención primaria en adultos añosos Gerontología y Geriatría. 6ª. ed., La Habana Cuba, 2000, 18-21.
6. González AH, Sosa OA. Depresión en el anciano. Gerontología y Geriatría. México, 1999; 1:18-25.
7. De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. 8ª, México, Panamericana, 1998.
8. De Rodríguez Mañas L, Solano JJ. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001; 15-55
9. Devesa EL., et al. Fisiología del envejecimiento. Geriatría y Gerontología. La Habana, 1992; 200-245

10. Márquez CE. Soriano SA. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados Rev. Atención Primaria,2005: 36, (6) : 345-346
11. Pérez P, Marín R, Análisis multifactorial de los ancianos de un consultorio de Medicina Familiar, Rev. Medicina de Familia, 2005: 6, (1):25-37
12. Ayuso JL. La depresión senil: aspectos clínicos y terapéuticos. Salud Global (revista electrónica, 2002) [consultado 12/07/2009]. Disponible en: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL2-2002.pdf>
13. Flores JA. La vulnerabilidad psicológica del anciano. Med Integral. 2002;39(4):164-9.
14. Lyness JM. Treatment of depressive condition in later life. Realword Light for dark (or dim) tunnels. Jama. 2004;291:1626-8.
15. Miranda C. Depresión. Manual terapéutico del anciano; 2002 [consultado 2/11/2009]. Disponible en: <http://www.clientes.spainconsulting.com/sefh/manuales/manualterapeutico/depresion/depresion.html>
16. Ramos JA, Díaz A. Tratamiento de la depresión en el anciano. Jano. 2001;61:49-59.
17. Sáiz J, Montes M. Tratamiento farmacológico de la depresión. Rev Clin Esp. 2005;20(5):233-40.
18. Zarragoitia I. La depresión en la tercera edad. geriatrianet.com (revista electrónica; 2003) [consultado 15/07/2008]. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>

19. González AL, La depresión en el anciano Clínica y tratamiento. Rev .Esp. Divulgación Sanitaria, 2007: 26 ( 9):217-222
20. Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica 1996; 1: 102-15
21. Domínguez AT et.al, Caracterización de las relaciones familiares del anciano .Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):418-422.
22. Williams AC, Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care. 11th ed. 2008.
23. Unutzer J. Clinical practice: late-life depression. *N Engl J Med.* 2007;357:2269-2276.
24. Krassoievitch M. Aspectos psicológicos y psicodinámicos del envejecimiento. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
25. Martínez AF. Tópicos de gerontología. Academia 2. Serie de Científicas de la FES Zaragoza, México: UNAM,1998: 140-51
26. Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev. Panam Salud Pública. 2006;19(5):321–30.
27. Trinidad HM, Valenzuela EA, Marín PL. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev. méd. Chile v.128 n.11 Santiago nov. 2000.



**ANEXOS**  
**“DETECCION DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR “**  
**CMF MARINA NACIONAL**  
**ISSSTE**

**FOLIO 00**

PARTICIPACION INFORMADA: ESTE ESTUDIO ES CON FINES DE INVESTIGACION Y DETECCION DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES EN LA CLINICA DE MARINA NACIONAL, ASI COMO DE CARÁCTER CONFIDENCIAL.

YO \_\_\_\_\_ ACEPTO LIBREMENTE PARTICIPAR.

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ CEDULA \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ ¿CON QUIEN VIVE? \_\_\_\_\_

ESTADO DE SALUD \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE \_\_\_\_\_

<b>ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿ Está satisfecho con su vida?	0	1
2.- ¿ Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.- ¿ Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿ Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿ Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6.- ¿ Teme que algo malo le pase?	1	0
7.- ¿ Se siente feliz muchas veces?	0	1
8.- ¿ Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿ Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10.- ¿ Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿ Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12.- ¿ Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.- ¿ Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿ Siente que su situación es desesperada?	1	0
15.-¿ Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
	Puntuación total =	
<b>RESULTADOS</b>	<b>0 - 5 normal</b> <b>6 - 9 probable depresión (S: 84% y E: 95%)</b> <b>&gt;9 depresión establecida (S: 80% y E: 100%)</b>	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2008-2010												
ACTIVIDAD	JUN	JUL OCT	NOV DIC	ENE MAY	JUN OCT	NOV	DIC	ENE MAR	ABR JUN	JUL	AGO OCT	NOV DIC
Elaboración del protocolo	XXXX	XXXX XXXX										
Búsqueda de información	XXXX	XXXX XXXX										
Realización de marco teórico		XXXX XXXX	XXX X									
Realización de planteamiento del problema			XXX X									
Realización de justificación			XXX X									
Realización de objetivos			XXX X	XXX X								
Realización de metodología				XX								
Prueba piloto				XXX X								
Colección de información					XXX XXX							
Captura de datos						XXX XXX						
Análisis de datos							XXX XXX	XXX XXX				
Interpretación de resultados									XXX XXX			
Revisión y reporte final										XXX XXX		
Autorizaciones Impresión final										XXX XXX		
Solicitud de examen de tesis										XXX XXX		
Presentación de tesis											XXX XXX	