



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.45
MAZATLÁN, SINALOA

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ANCIANOS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34
DE MARMOL, SINALOA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. BLANCA ERIKA LÓPEZ LIZÁRRAGA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

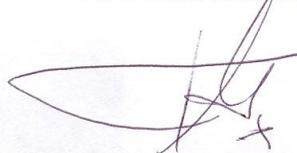
**PREVALENCIA DE DEPRESION EN ANCIANOS EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 34 DE MARMOL,
SINALOA.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

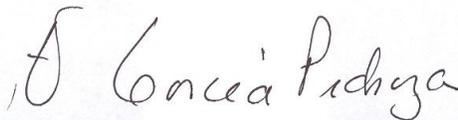
PRESENTA

DRA. BLANCA ERIKA LÓPEZ LIZÁRRAGA

AUTORIZACIONES



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



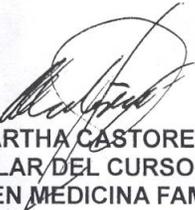
DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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




DRA. MARIA DE LOS ANGELES RODRIGUEZ LEDESMA
JEFE DE COORDINACION CLINICA DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD


DRA. MARTHA CASTORENA MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR





ASESOR DE TESIS

A handwritten signature in black ink, appearing to read "F. Rodríguez León", is written over a horizontal dashed line.

DR. FEDERICO LENIN RODRIGUEZ LEON
MEDICO CARDIOLOGO
MAESTRO EN CIENCIAS



INDICE	PÁGINA
Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	10
Objetivo:.....	11
Generales	
Material y Métodos.....	12
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra	
Diseño de estudio	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Método o procedimiento para captar la información	
Variables.....	13
Consideraciones éticas	
Resultados.....	14
Discusiones.....	18
Conclusiones.....	20
Referencias bibliográficas.....	21
Anexos.....	23
Consentimiento informado	
Instrumento de recolección de datos	

ANTECEDENTES

La depresión es un trastorno del estado del ánimo, caracterizado por abatimiento o tristeza que puede ser reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional sin ser patológico, o también estar como un síntoma aislado pero más persistente acompañando a otras patologías de naturaleza crónica.

La depresión es uno de los problemas psicológicos más comunes afectando de una manera u otra a casi todas las personas ya sea a través de una experiencia personal o por un familiar que se encuentra deprimido. Cada año más de 17 millones de adultos experimentan algún tipo de depresión clínica.

La depresión en el anciano es un síndrome muy común y es causa frecuente de una elevada co-morbilidad. Y es la vejez una de todas las etapas evolutivas donde comienzan a perderse de manera progresiva diferentes capacidades, tanto intelectuales como físicas comenzando a ser evidentes a partir de los 60 años.⁽¹⁻²⁾

El término de anciano se utiliza para referirse a aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de personas mayores. Entre las características que definen a este tipo de población se encuentra un período que oscila entre los 65 y 70 años en adelante.

La Organización Mundial de la Salud define vejez como un ciclo de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hace cada vez evidente en comparación con etapas anteriores de la vida.

La depresión en el anciano es un síndrome geriátrico frecuente que produce un alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad.

Este es un trastorno del estado del ánimo caracterizado por pesimismo, tristeza, indiferencia y soledad; afecta la forma en que el paciente come, duerme, opina su concepto de la vida y su comportamiento general.

En la actualidad hay una imperiosa necesidad de desarrollar la atención al anciano en sus múltiples facetas para lo cual es imprescindible, por razones sociales, biológicas y psicológicas así como teórico-prácticas, el aceptar que la geronto-geriatria comunitaria es una oportunidad que vinculada a las diferentes especialidades de salud como la psiquiatria, psicología, neurología y medicina interna favorecen una atención oportuna para detectar a tiempo el inicio de un cuadro depresivo.⁽²⁾

Hoy en día hay más viejos en el mundo. El aumento de la longevidad determina una expectativa de vida al nacer superior a los 70 años de edad. Este aumento en el número de senescentes determina una indiscutible relevancia de enfermedades características de la llamada tercera edad.

En esta etapa involutiva hay un terreno fértil para que se presenten más frecuentemente trastornos psiquiátricos y que se caracterice como de mayor riesgo por el incremento de la invalidez y el progresivo deterioro asociado a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenan enfermedades como la depresión.

Las estadísticas epidemiológicas sobre depresión mencionan que esta problemática de salud mental afecta a muchas personas en la actualidad y en todo el mundo hace que los individuos arriben a la ancianidad portando signos de esta enfermedad.

Es importante señalar que no solamente la depresión tiene implicaciones para el bienestar y la calidad de vida de quien la padece, además que el riesgo suicida subyacente hace más trágica y conmovedora la situación.

Sólo para tener una idea, el 25% de los suicidios es en sujetos mayores de 65 años y son producidos por la depresión⁽³⁾

A principios de los años 70' se realizaron dos tipos de contribuciones al saber psiquiátrico y al conocimiento nosológico de los trastornos depresivos, por una parte se introdujo un modelo integrado de posibles causalidades biológicas, psicológicas y sociales con una vía patogénica final común que fue la conceptualización de los trastornos depresivos introducidos por Akiskal y Mckinney (1973-1975) que postularon una disfuncionalidad del sistema diencefálico como sustrato patológico con repercusiones en el córtex cerebral, sistema límbico y eje hipotálamo-hipofisiario adrenal.

Además se establecieron bases de fundamentación epistemológica de los trastornos depresivos como entidades nosológicas en función de 5 tipos de presupuestos necesarios para su función estos hallazgos fueron un aporte de Robbins y Genizol (1970) y se completaron con estudios de Ferghner (1972).

Los estudios a los que se referían son de tipo Clínico-fenomenológico, epidemiológicos, genético-familiares de seguimiento y pronóstico de respuesta o terapéutica específica. Además hay muchas circunstancias que pueden desencadenar la depresión en el anciano como: polifarmacia, comorbilidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, demencia senil, enfermedad de Parkinson, inmovilizaciones a causas de fracturas, pérdida de un ser querido, dolor persistente entre otras⁽³⁾

El envejecimiento poblacional en la actualidad tiene una tendencia clara a incrementarse en el futuro lo que va a llevar a que el rango de edad en la prevalencia de la depresión vaya desplazándose hacia las edades avanzadas.

Vivir muchos años implica vivir siendo viejo y este fenómeno a su vez supone un aumento en las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de alteraciones afectivas.

El anciano va asistiendo a estas limitaciones que día a día la vida le va imponiendo y la depresión es la primera manifestación psicológica que se presenta en él mismo; por lo que los ancianos constituyen una población con riesgo de padecer cuadros depresivos, según la discapacidad, la intensidad y la organización de su personalidad ⁽⁴⁾

Cumplir 60 años significa entrar en una nueva etapa del ciclo vital. Según el Consenso general en La Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Viena en 1982. Refiere que en esta etapa comienza un nuevo periodo en la vida de las personas, sufren crisis, tienen tiempo para encontrarse y percibir su realidad y es entonces cuando comienza a tomar conciencia de que su vida está cambiando, además de experimentar los cambios físicos que surgen en ellas ⁽⁵⁾

Se calcula la prevalencia de la depresión en la tercera edad entre un 10 y un 20% aunque este porcentaje puede llegar hasta un 54% en pacientes con alguna enfermedad crónica no transmisible.

Estudios epidemiológicos señalan que la mayor incidencia de depresión se sitúa entre los 45 y 55 años de edad. La frecuencia es mayor para las mujeres entre 55 y 80 años pero esta relación se invierte a partir de los 80 años en el sexo masculino.

Existen varios factores a tomar en cuenta al hablar de depresión, como son: La edad - ya que diversos estudios señalan que la depresión parece ser más importante entre los ancianos mayores de 75 años. Evidencias sugieren que la prevalencia de depresión es menor en los nonagenarios aunque no existe confirmación clara-, el sexo, la sintomatología depresiva- mayor en mujeres que en hombres aunque esta diferencia es menos marcada para las formas severas de depresión-, y el lugar, la mayor parte de los estudios de depresión en los ancianos son detectados más frecuentemente por su médico de cabecera y en ancianos hospitalizados que en la población general. En ancianos hospitalizados se encuentran síntomas depresivos hasta en 3% de la población de los mismos. ⁽⁶⁾

Muchas depresiones en el anciano se complican con otras enfermedades psiquiátricas y neurológicas subyacentes. Allen y Burns en 1995 han calculado la prevalencia de la depresión moderada y severa hasta en un

20%, de los enfermos con demencia tipo Alzheimer, también es frecuente en ancianos con Demencia Vasculosa y en muchos ancianos existen dos o más enfermedades de corte crónico degenerativo como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Gota, Osteoartritis, Ciática, Lumbalgia, Cefalea, Gastritis entre otros. Se pueden identificar otros factores de riesgo en el anciano como son la susceptibilidad genética, sexo, estado civil y factores de riesgo neurobiológicos. ⁽⁶⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en el mundo hay 340 millones de personas afectadas por depresión. Según esta organización en el año 2020 la depresión será la segunda enfermedad más frecuente en el mundo.

En México de acuerdo con la Secretaría de Salud (SSA) alrededor de 10 millones de personas de entre 18 y 65 años de edad están deprimidos o lo estarán en alguna etapa de su vida ⁽⁷⁾

En Sinaloa se contaba en 1990 con 121,558 personas mayores de 60 años, para el año 2005 con 178,511 y en el 2010 se cuenta con 260,786 personas, particularmente en Mazatlán se cuenta con un total de 26,855 (12,768 hombre y 14,117 mujeres) mayores de 60 años ⁽⁸⁾

CLASIFICACION:

Los criterios que establecen tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV) como la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10): Para el Trastorno Depresivo Mayor son: la presencia de por menos 5 de los síntomas siguientes, durante al menos 2 semanas: estado de ánimo triste, disfórico o irritable, anhedonia, insomnio o hipersomnias, enlentecimiento o agitación psicomotriz, astenia, sentimientos recurrentes de inutilidad, disminución de la capacidad intelectual, pensamiento recurrente de muerte e ideas suicidas. ⁽⁹⁾

Trastorno distímico: Los criterios para este trastorno son:

Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día durante un mínimo de 2 años.

Variaciones del apetito, insomnio o hipersomnias, astenia, baja autoestima, pérdida de la capacidad de concentración, sentimiento recurrente de desánimo.

Trastorno Adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo). Por trastorno adaptativo o depresión reactiva se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante. Debe existir entonces un criterio de desproporción para su diagnóstico.

Trastorno Depresivo no Especificado. Se denomina no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos pero no son suficientes para el determinar alguno de los trastornos previos. Esta situación puede presentarse cuando hay un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno de ansiedad⁽⁹⁾

Duelo Patológico: En el DSM-IV se contempla una situación de duelo que puede precisar tratamiento, aunque sin cumplir los criterios de ningún trastorno previo.

Etiología de la Depresión: Un factor único no es el responsable de la aparición de los síntomas depresivos en la vejez. La fenomenología de los eventos depresivos en un paciente geriátrico debe estudiarse desde un punto de vista bio-psico-social. Ya que durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico que son protagonistas de dicho proceso y contribuyen en mayor o menor grado para que se presente la sintomatología depresiva.⁽¹⁰⁾

Es en esta época de la vida cuando se presentan una mayor pérdida de (amistades, cónyuge trabajo, rol en la familia y en la sociedad) las cuales antes de su aparición constituían para el paciente fuente de gratificación por eso fenómenos como la jubilación y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y en la familia determinan que en los pacientes se activen mecanismos de adaptación los cuales cuando no son eficientes favorecen una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad⁽¹¹⁾

El aspecto psicológico como parte esencial en la dinámica de la depresión del paciente anciano involucra el tipo de personalidad que el paciente ha desarrollado durante toda su vida.⁽¹²⁾ Las personas narcisistas y obsesivas tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos durante la vejez.^(13,14)

En el anciano, la depresión se acompaña con frecuencia de síntomas somáticos tales como: cefaleas, lumbalgias, sintomatología digestiva y urinaria entre otras manifestaciones. También es frecuente que se presente sintomatología cognoscitiva principalmente problemas de atención y de memoria.⁽¹⁵⁾

Si se analizan los fenómenos sociales psicológicos y biológicos que interactúan en forma dinámica en un individuo es posible entender mejor las causas que contribuyen a la presentación de la sintomatología depresiva en el anciano ya que las causas son múltiples y variadas. En términos de sistematización identificación y cuantificación de los síntomas depresivos ofrece ciertas dificultades en la vejez pues los efectos del mismo aislamiento en el que se ensimisma el anciano hace que muchas veces los síntomas no sean percibidos. Para la evaluación del estado afectivo existen instrumentos diseñados para ese fin la evaluación global del anciano debe abarcar la esfera de la afectividad siendo tan importante como las actividades de la vida diaria la cognición, marcha etc.⁽¹⁶⁾

Y uno de los instrumentos que se utilizaran en esta investigación es: la Escala de Yesavage que es una Escala de Depresión Geriátrica la cual cuenta con 30 preguntas, con respuestas de Si o No, los puntos de corte que se han establecido para la Escala son de 0-10 puntos donde se considera que la persona no tiene riesgo de depresión, de 11-14 que tiene una depresión leve, de 15-20 depresión moderada, y de 21-30 depresión severa^(17,18). El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia clínica que incluya una valoración neurológica y del estado mental, se interroga sobre el consumo de tabaco, alcohol. En caso de paciente con demencia o dificultad para expresarse es de mucha utilidad la interacción con los familiares y la valoración de los síntomas comunicados. El médico debe explorar el lenguaje no verbal y el metalenguaje en la entrevista clínica principal. Algo difícil ya que el paciente no suele expresar de manera espontánea el estado de ánimo.⁽¹⁸⁾

Las pruebas de laboratorio tienen un papel auxiliar en la evaluación del anciano con depresión por lo que se debe realizar: conteo sanguíneo completo, cuenta leucocitaria, pruebas de la función tiroidea, pruebas de función renal o hepática.

La depresión puede manifestarse en todas las variantes en que esta se presenta, pero además puede verse matizada por características propias del mismo anciano, como son la presencia de patologías crónicas y con frecuencia incapacitantes, que pueden confundirse con trastornos depresivos o coexistir con ellos^(18,19)

Dada la elevada frecuencia de la sintomatología depresiva en el anciano es recomendable practicar de manera rutinaria en toda evaluación médica integral una exploración a nivel del estado afectivo. Y en aquellos en quienes se sospeche de un trastorno depresivo se interrogara prepositivamente sobre los síntomas de la depresión. Posteriormente se debe evaluar la funcionalidad del paciente además de los aspectos afectivos.

Cabe mencionar que no existe hasta la fecha un marcador biológico de depresión en el anciano algo que indique la edad de inicio y ayude a discriminar la depresión de otros síndromes⁽¹⁹⁾

TRATAMIENTO:

Los objetivos del tratamientos consisten en la reducción de los síntomas depresivos, evitar ideas suicidas, mejorar estado cognitivo y funcional y ayudar a los pacientes a que desarrollen habilidades necesarias para lidiar con su incapacidad o adversidad psicosocial.⁽²⁰⁾

El tratamiento también debe implicar un manejo integral, multidisciplinario, la intervención debe ser a nivel biológico para revertir la sintomatología depresiva primaria; se implementa tratamiento farmacológico y no farmacológico. Tomando en cuenta la edad del anciano su patología de base y el grado de depresión.

El antidepresivo ideal para usar en el anciano debe ser no tóxico, carecer de efectos ortostáticos, tener bajo poder sedativo, no interferir en la memoria y no provocar alteraciones funcionales.

Se recomienda la mitad de la dosis media de un adulto, el plazo para obtener respuesta terapéutica está alargado en personas mayores entre 3 y 6 semanas y una vez obtenida la respuesta al tratamiento la dosis de mantenimiento debe ser prolongada y habitualmente no inferior a un año.

En caso de depresiones crónicas y recurrentes la indicación de tratamiento farmacológico puede ser de por vida.

Los tratamientos farmacológicos de la depresión se dividen en tres grandes bloques: fármacos clásicos, fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y nuevas sustancias.

Todas ellas comparten la misma eficacia clínica.⁽²¹⁾ Dentro de los antidepresivos, los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y los que inhiben la recaptación de norepinefrina son los de primera elección seguida por bupropión y mirtazapina. Las dosis iniciales deben ser bajas, e irse aumentando hasta alcanzar el efecto deseado. Los agentes que deben evitarse son la amitriptilina, imipramina, doxepina, amoxapina, trazodona e isocarboxacida.

Se deben indicar dosis apropiadas de medicamento durante al menos 4 semanas antes de intentar con un nuevo agente o calificar la terapia como ineficaz. En los casos que se presenta un solo episodio depresivo el tratamiento debe durar al menos un año.

Los pacientes con 3 episodios o más durante su vida deben recibir tratamiento farmacológico de mantenimiento durante al menos 3 años. Cuando los fármacos no son efectivos o cuando la depresión supone un riesgo para la vida se opta por la terapia electroconvulsiva (TEC) que es una modalidad de tratamiento segura, rápida y efectiva con lo que se reducen los efectos adversos y el deterioro cognitivo. Los principales problemas del uso de esta terapia se asocian a la posibilidad de inducir alteraciones cardíacas y a la aparición de amnesia aguda.

(22)

Un mejor pronóstico de la depresión se asocia a la aparición de la enfermedad antes de los 70 años, corta duración del episodio, buen ajuste promórbido, ausencia de enfermedad física incapacitante y buena recuperación tras episodios previos de depresión.⁽²³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una entidad clínica, que va en aumento tanto que la Organización Mundial de la Salud la ubica entre la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial. ⁽¹²⁾

La depresión en el anciano es un importante problema de salud pública caracterizado por un elevado riesgo de suicidio y dificultades a la hora de identificarla es una enfermedad que debe ser tratada. El riesgo de suicidio en el anciano con enfermedad mental es de 15% y la consumación del acto es más habitual en la etapa adulta; en nuestro país la prevalencia de la depresión es de un 10-15% en las consultas de atención primaria y de hasta un 50% en ancianos de residencias geriátricas. ⁽¹⁵⁾

La depresión es junto con la demencia la enfermedad mental más frecuente y aunque aún se trata de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida ya que es responsable, no sólo de un importante sufrimiento para el paciente y su entorno sino también de un incremento en la prevalencia y mala evolución de otras complicaciones médicas y secundariamente con un claro impacto en los servicios médicos. Por todo esto es importante que el médico de atención primaria evalúe al paciente anciano depresivo y su eventual riesgo de suicidio. ⁽¹³⁾

Los datos que informa la Organización Mundial de la Salud (OMS) en torno a la salud mental del colectivo geriátrico, indican que el 25% de ellos presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico; entre tales trastornos destaca la depresión como el más frecuente hasta los 75 años de edad. En México según información del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) aproximadamente 10 millones de personas padecen depresión y se refiere que para el año 2020, se convertirá en la segunda causa de incapacidad por encima de los trastornos cardiovasculares. ⁽⁸⁾

No obstante, y a pesar de estas elevadas cifras de prevalencia, la depresión es la enfermedad mental del anciano con mejor pronóstico dado su carácter reversible con un tratamiento adecuado. ⁽¹²⁾

En la Unidad de Medicina Familiar Número 34 de Mármol, Sinaloa, hay una población total de 798 habitantes de los cuales 348 son de gente adulta mayor de 60 años; que acuden a la Consulta Externa, refiriendo insomnio, labilidad emocional y manifiestan un sinnúmero de enfermedades que al examinarlas, no hay presencia de ellas o no se encuentran tan magnificadas como lo refiere el paciente dando como resultado que la mayoría de las veces lo hace para llamar la atención. Ya que al escucharlos hablar en el transcurso de la consulta médica, externan sintomatología como cansancio exagerado, cefalea, tristeza, dificultad para concentrarse, pérdida de la memoria y algunos otros muestran múltiples caídas al tener problemas con la vista, acentuándose esto el vivir solos.

La inquietud para realizar esta investigación es motivada por el gran número de ancianos que llegan solos, muchos de ellos son viudos (as). Otros son visitados por familiares cada mes, algunos otros no tienen ni pensión por lo tanto no cuentan con el apoyo económico para satisfacer sus necesidades básicas. Ya sea por problemas económicos, enfermedades crónico degenerativas en el anciano no hay una cultura de integración familiar del anciano al núcleo que es la familia al 100%; por lo que nos hacemos el siguiente planteamiento.

¿Cuál es la Prevalencia de Depresión en Ancianos de la Unidad de Medicina Familiar #34 de Múrmol, Sinaloa?

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Evaluación y Desempeño (ENED) realizada en México en el 2005, refiere que existe una prevalencia de depresión en adultos mayores de 4.5%. En México, una de cada 5 personas sufre de depresión en algún momento de su vida y puede afectar a niños, adolescentes, adultos y ancianos. ⁽¹¹⁾

La depresión afecta del 5-6% de la población general y esta cifra se eleva hasta el 15% en los ancianos, lo que la hace el trastorno psiquiátrico más frecuente en este grupo de edad

La incidencia de la depresión muchas de las veces es provocada por afecciones crónicas; los pacientes ancianos padecen más enfermedades crónicas discapacitante. La deficiente adaptación a las enfermedades que van surgiendo con el envejecimiento puede al mismo tiempo ser un desencadenante de la depresión en el anciano. ⁽²¹⁾

Es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas mayores y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social y es un gran reto para la planeación y ofertas de salud mental. ⁽¹⁹⁾

La depresión no es un elemento obligatorio del proceso de envejecimiento, sin embargo acontecimientos inesperados como la muerte del cónyuge, deterioro de la salud y la condición física, una intensa sensación de aislamiento, inseguridad y dificultad para adaptarse a situaciones desconocidas en la vida puede llevar a una persona a la depresión.

Lo más importante es la difusión e información de esta enfermedad tanto para la población general como para el personal de salud que puede detectarlo y tratarlo oportunamente dando como resultado una mejor calidad de vida hacia los ancianos. ⁽²²⁾

En la comunidad de Mármol se cuentan con los recursos necesarios para la elaboración de este estudio y ya que previamente se le explicara a la población sobre el objetivo de la investigación y tratándose de un cuestionario para determinar si hay o no depresión con preguntas directas; no se pondrá en riesgo la información manteniendo siempre en el anonimato al informante, para no violar sus derechos de confidencialidad.

La depresión es más que una tristeza profunda, afecta prácticamente todas las áreas y el proceso de vida de una persona. Desgraciadamente muchas veces no es detectada y la persona continúa sufriendo. ⁽¹¹⁾

OBJETIVOS

General.

Conocer la prevalencia de pacientes ancianos deprimidos en la Unidad de Medicina Familiar de la UMF # 34 Mármol, Sinaloa.

Específico.

Determinar el grado de depresión de acuerdo a las variables socio demográficas (edad, estado civil).

MATERIAL Y METODOS.

Diseño de estudio: Transversal Descriptivo.

Tipo de estudio: Prospectivo, observacional, descriptivo.

Población, lugar y tiempo de estudio: Adultos Mayores de 65 años del IMSS, derechohabientes, que acudan a la consulta externa pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar #34 de Mármol Sinaloa, de Junio a Agosto del 2010.

Tamaño de la muestra: Por conveniencia

Tipo de Muestra: El universo de estudio será de 100 adultos mayores derechohabientes del UMF nº 34 de mármol Sinaloa que no se conocen deprimidos.

CRITERIOS:

Inclusión:

- a) Derechohabientes
- b) Mayores de 65 años de edad
- c) De uno u otro sexo.

Exclusión:

- a) Que no acepten participar.

Eliminación.

- a) Encuestas incompletas.

Procedimiento para capturar información:

En este trabajo de investigación, se les informara a los 100 participantes del objetivo del estudio, se les asegurara el anonimato, y pedirá la hoja de consentimiento informado firmada de autorización, posteriormente se aplica encuesta de yesavege.

VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION TEÓRICA	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
DEPRESIÓN	Síndrome o conjunto de síntomas que afecta esfera afectiva.	Escala de Yesavege.	Cualitativa.	Leve 11-14. Moderada 15-20. Severa 21-30.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION TEÓRICA	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
EDAD	Es el tiempo que ha vivido un ser vivo.	Niñez, adolescencia Juventud, adultez y Adulto mayor.	Cuantitativa	65-70 años. 71-75 años. 76-80 años. Más de 81 años.
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas, determinada por relación matrimonio.	Casado: aquel que vive con una pareja. Soltero: Aquel que vive solo o es viudo.	Cualitativa	Soltero Casado

Consideraciones Éticas:

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en los reglamentos de la Ley General de Salud en materia de investigación. Se le informo al paciente sobre el protocolo y su propósito de estudio, a si mismo se le pidió firmar consentimiento informado donde se le explico que toda información que genere la investigación será para beneficio y mejora en la calidad de la atención de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social bajo las recomendaciones de la investigación biomédica adoptada en la 18va Asamblea Mundial de Helsinki en 1964 y Tokio, Japón en 1975, con ultima revisión en el 2000 en Edimburgo, Escocia.

El trabajo fue registrado y aprobado por el Comité de Investigación # 2503 del Hospital General Zona nº 3 de Mazatlán Sinaloa.

RESULTADOS

Se aplicaron 100 encuestas a la población mayor de 65 años, y los datos arrojados expresan que 46% son del sexo masculino y 54% son del sexo femenino, correspondiendo por lo tanto a un mayor porcentaje a las mujeres. Cabe mencionar además que las preguntas referidas en cuadros de depresión moderada son el sentirse abandonado, animo decaído, no tener esperanzas en el futuro y el 1% que presento depresión severa las preguntas mas relevantes fueron sentir desesperados en situación en la que viven, desanimado y melancólico, sentirse abandonado, y labilidad emocional.

TABLA 1

Variables universales de pacientes encuestados n=100

FACTOR	HOMBRES No.46	%	MUJERES No.54	%
Edad				
65-70	16	16%	23	23%
71-75	17	17%	18	18%
76-80	1	1%	4	4%
Mas 81	12	12%	12	12%
Estado civil				
Soltero	17	17%	20	20%
casado	21	21%	42	42%

De acuerdo a los pacientes encuestados el 100% presenta enfermedades crónico-degenerativas como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus entre otros.

TABLA 2

Enfermedades crónico-degenerativas

FACTOR	HOMBRES No.46	%	MUJERES No. 54	%
Hipertensión	35	35%	52	52%
Diabetes Mellitus	22	22%	15	15%
Gonartrosis	14	14%	22	22%
Dislipidemia	10	10%	9	9%

De acuerdo a la encuesta de yesavege donde se obtuvieron los 4 rubros de la depresión, la más significativa fue la depresión leve seguida en segundo lugar por la moderada y al final la depresión severa con un 1% del total.

TABLA 3

Encuesta de Yesavege para Medición de Depresión en Adultos Mayores.

FACTOR	HOMBRES N=46	%	MUJERES N=54	%	TOTAL
Sin Depresión	15	15%	27	27%	42
Depresión leve	16	16%	24	24%	40
Depresión moderada	5	5%	12	12%	17
Depresión severa	0	0%	1	1%	1%
TOTAL	0	36%	64	64%	100

TABLA 4

Respuestas más significativas de pacientes con Depresión.

Factor		Hombres N-46	%	Mujeres N-54	%
Se encuentra a menudo aburrido.	Si	28	28%	40	40
	No.	18	18%	14	14
Molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza.	Si	34	34%	48	48%
	No.	12	12%	6	6%
Tiene miedo de que algo le este pasando.	Si	40	40%	52	52%
	No.	6	6%	2	2%
Tiene problemas para concentrarse	Si	36	36%	49	49%
	No.	10	10%	5	5%

Respuestas de acuerdo a encuesta de yesavege correspondientes a los indicadores principales de no tener ningún tipo de depresión

TABLA 5

Respuestas más significativas de pacientes sin Depresión

Factor	HOMBRES No.46	%	MUJERES No.54	%
Esta básicamente satisfecho con su vida	39	39%	52	52%
Si	7	7%	2	2%
No				
Encuentra la vida muy estimulante.	36	36%	44	44%
Si.	10	10%	10	10%
No.				
Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos.	30	30%	25	25%
Si	16	16%	29	29%
No.			28	28%
			8	

DISCUSION.

Bello ⁽²³⁾ comentó que la depresión tiene un alto impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo. El informe mundial sobre la salud del 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es del 1.9% y del 3.2% en las mujeres. En esta investigación el 54% fueron mujeres con cuadro de depresión de leve a moderada en un 26% y 46% hombres con depresión de leve a moderada con un 31%. Y un 42% sin cuadro depresivo. Coincidiendo con estudios previos existe mayor frecuencia en mujeres ,donde aparte de presentar una mayor fragilidad y susceptibilidad se le agregan condiciones a las que están sujetos acorde a la edad.

Ramón-García ⁽²²⁾ expresa que el trabajo o el empleo cumplen funciones manifiestas y latentes. La primera establece el marco que permite la subsistencia al individuo en el área económica; los beneficios ocultos aportan una estructuración del tiempo diario, un nivel de actividad, un desarrollo de la expresión creativa, dominio del ambiente, intercambio de relaciones sociales, identidad y estatus personal y un sentido de utilidad. En nuestra investigación se observa que el 94% de los encuestados recibe una pensión mensual y el 6% no. Por lo que tiene que buscar una fuente de ingreso para subsistir y el no tener estabilidad económica desequilibra emocionalmente al individuo presentando en esto algún grado de depresión, en este estudio se detectó un caso de depresión severa encontrándose como dato de importancia que no presenta redes de apoyo ni ingreso económico.

Montenegro y Cools ⁽²⁵⁾ en su artículo refieren que los ancianos frágiles presentan una alta tasa de múltiples enfermedades co mórbidas, con deterioro funcional, mental y sociofamiliar. Y en ellos la necesidad de ayuda por su incapacidad funcional y cognitiva crece rápidamente con el envejecimiento; en este estudio se obtuvo un 100% de ancianos entrevistados es portador de enfermedades crónico-degenerativas, por lo que esto limita su capacidad funcional además que la misma discapacidad en el anciano lo hace sentirse mas vulnerable llevándolo a un estado de animo triste y si no es atendido de manera adecuada irremediablemente a la depresión.

Gómez-Ayala ⁽²⁶⁾ en su estudio sobre depresión en el anciano” menciona que al evaluar los acontecimientos vitales adversos capaces de desencadenar un trastorno anímico en el anciano y destaca por su mayor prevalencia el duelo seguido por la jubilación, retiro o pensión con la consiguiente pérdida del estatus social el rechazo familiar, la precariedad económica, entonces refiere que los trastornos precipitantes son abandono, sentimiento de desesperanza, aislamiento y la agudización de síntomas por enfermedades crónicas.

El principal sentimiento referido por los pacientes geriátricos en este estudio fue la sensación de inutilidad, desamparo y coincide con el malestar generalizado del adulto mayor. Además Lancet refiere que la depresión afecta principalmente a personas añosas que padecen enfermedades con deterioro cognitivo lo que empeora la evolución de las mismas patologías, en los resultados se observó una vinculación recíproca de la depresión con enfermedades orgánicas dado que el estrés promueve adaptación, pero de acuerdo a la revisión de artículos, cuando estos mediadores no se inhiben se deteriora la inmunidad y se favorece el desarrollo de aterosclerosis, obesidad, desmineralización ósea y atrofia neuronal.⁽²⁷⁾

Balmon Cruz ⁽²⁸⁾ en su artículo sobre “prevalencia de trastornos depresivos geriátricos de atención primaria” menciona que el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el anciano es difícil por su forma de presentación y en ocasiones atípica, además de que suele ser secundaria a enfermedades coexistentes o a efectos secundarios de algunos medicamentos, por lo que coincidimos en que existe una alta prevalencia de depresión geriátrica infra diagnosticada en atención primaria.

CONCLUSIONES.

En esta investigación se concluye que la prevalencia de depresión es alta en la comunidad de Mármol, de los cuales 58 tienen depresión de grado leve a severa de un total de 100 sujetos encuestados con el Cuestionario de Yesavege.

BIBLIOGRAFÍAS.

1. López T. La depresión en el paciente anciano. En www.redadultosmayores//filessaludo (16/03/2010).
2. García R. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. En: psicología/cientifica.com (6/04/2010).
3. Santacruz A. La salud y la mente II, Depresión 3ra ed editorial México DF: Medias Art Group. Vol 2: (70-77).
4. Alberdi J. "Depresión" Guías clínicas. En: www.fisterra/guiasclinicas/.com. (16/04/2010).
5. Mascaró J. "Depresión en el anciano un problema frecuente con implicaciones pronósticas". En www.sefemi/depresion/anciano.org (18/05/2010).
6. García M. Psicopatología del anciano datos epidemiológicos. Rev Mult Gerontol 2000;(2); 66-91.
7. En Google.com. El apoyo familiar es el principal protagonismo en la aparición o no de depresión en ancianos". En: www.psiquiatria.com/buscador/apoyofamiliarproxy. (21/05/2010).
8. Jiménez J."La depresión está infra diagnosticada en el anciano".En:<http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2008.html> (3/04/2010).
9. Google.com. "Atrapa depresión a ancianos del edomex".En: www.eluniversal/depresion/ancianos/com.mx (16/06/2010).
10. Vitalta F. "Epidemiología de la depresión en el anciano" informaciones psiquiátricas. En: www.revistahospitalaria.org/info. (01/ 07/2010).
11. López I. "Depresión: evaluación y tratamiento integral".En: [www amamecrisis.com.mx](http://www.amamecrisis.com.mx). (16/04/2010).
12. Sosa A."Depresión en el anciano".En: www.facmed.unam.mx/deptos/salud. (05/05/2010).
13. Google.com. "La vejez una visión general" .En:<http://depresion.com> . (21/07/2010).
14. Castillejos G."Depresión en el anciano".En: www.hospitalangelesclinicalondres.com (03/06/2010).
15. Roca M. "La depresión es el trastorno más frecuente en los ancianos". En: <http://salud.diariovasco.com/neurologia-psiquiatria>. (17/06/2010).
16. Negro G." Actividad física: un remedio para la depresión". En:www.gerontogeriatría.org (22/04/2010).

17. En Google.com. Bienestar, El 15% de los ancianos padece Depresión. 2009. En: <http://www.intergeneraciones.com>.
18. De la Mora D. "Depresión en el anciano, causa de suicidio".En: www.saludymedicinas.com.mx. (22/07/2010).
19. Granda B. "La depresión en el ancianos."En: www.hospitalgeneral.salud.gob.mx.descargaspdf. (18/07/2010).
20. Alexopoulos G. Weill.Cornell Institute of Geriatric Psychiatric, Nueva York EE.UU. "Diagnostico y tratamiento de la depresión en los ancianos".Lancet 200: 24(365):1961-1970.
21. Martín M. "psychiatric disorders in the elderly".En: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos. (26/08/2010).
22. Google.com. "Bienestar"En: <http://www.intergeneraciones.com>. (26/08/2010).
- 22.-García R."La problemática social de La atención a la vejez en México". En: www.chihuahua/salud/binestar/gobiernoestadogob.mx(26/08/2010).
23. Mariana B. Prevalencia y Diagnostico de Depresión en Población Adulta en México. Salud Pública Mex 2005, Vol. 47(s1): 4-11.
24. Felipe G. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. En: www/salud/bienestar/ancianos/ (25/11/2010).
25. Montenegro S. Acta de med-preventiva. Aplicación de la Evaluación Geriátrica Integral en los Problemas Sociales de los Adultos Mayores 2009: 26(3); 22-28.
26. Gómez A. La depresión en el anciano clínica y tratamiento. Aplicación de la Evaluación Geriátrica Integral en los Problemas Sociales de los Adultos Mayores 2009: 26(4); 42-49.
27. Alexopoulos G. Diagnostico y Tratamiento de la Depresión en Ancianos. Lancet 2005. 365(9475):1961-1980.
28. Balmon C, Dorado P. Detección y Prevalencia de trastornos Depresivos Geriátricos. En: [www: atenciónprimaria/geriatria/depresion](http://www.atenciónprimaria/geriatria/depresion). (25/11/2010).

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 34 MÁRMOL, SINALOA.

Por medio de la presente carta DECLARO que he sido informado por **DRA. BLANCA ERIKA LOPEZ LIZARRAGA**, Médico Residente en Medicina Familiar sobre el propósito del protocolo de estudio (**IDENTIFICAR AL NÚMERO DE ANCIANOS DEPRIMIDOS DE LA UMF #34 DE MÁRMOL SINALOA**) donde se respetará el anonimato de mi persona como de mi familia y que toda información que genere será para beneficio en que los resultados derivados de la presente investigación nos servirán para intentar mejorar la calidad en la atención que se me otorgue.

Entendiendo con lenguaje claro y conciso el propósito del protocolo ACEPTO con toda libertad y pleno juicio de mis facultades mentales el participar en este proyecto.

Firma o huella digital del paciente.

Firma testigo.

LUGAR Y FECHA _____

Ficha de identificación.

NOMBRE. _____

EDAD. _____ SEXO _____ EDO CIVIL _____

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS : SI _____
NO _____ CUALES? _____

VIVE CON ALGUIEN _SI _____ NO _____ PENSIONADO(A) _____

INGRESO ECONOMICO.SI _____ NO _____

Cuestionario de Yesavage

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI

¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI

¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	<u>ENERO</u> <u>2010</u>	<u>FEBRERO-</u> <u>MARZO</u> <u>2010</u>	<u>ABRIL-</u> <u>MAYO</u> <u>2010</u>	<u>JUNIO-</u> <u>AGOSTO</u> <u>2010</u>	<u>SEPT</u> <u>2010</u>	<u>OCT</u> <u>2010</u>	<u>NOV</u> <u>2010</u>	<u>DIC</u> <u>2010</u>
<u>DELIMITACIÓN</u> <u>PROBLEMA</u>								
<u>BUSQUEDA DE</u> <u>INFORMACIÓN</u>								
<u>ELABORACIÓN</u> <u>PROTOCOLO</u>								
<u>RECOLECCIÓN</u> <u>DATOS</u>								
<u>ANÁLISIS DE</u> <u>RESULTADOS</u>								
<u>DISCUSIÓN DE</u> <u>RESULTADOS</u>								
<u>CONCLUSION DE</u> <u>RESULTADOS</u>								
<u>ESCRITURA DE</u> <u>TESIS</u>								