



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

**"LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR AFECTA LA CAPACIDAD
FUNCIONAL"**

T E S I S D E P O S G R A D O
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE REHABILITACIÓN
P R E S E N T A :
DR. FILIBERTO GUERRA NAVARRO

ASESORES:

DR. ÁNGEL OSCAR SÁNCHEZ ORTIZ

DR. FERNANDO VÉLEZ SAGAÓN

DRA. LAURA PATRICIA DE LA LANZA

ANDRADE





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.

INVESTIGADOR DE TESIS

Dr. Filiberto Guerra Navarro
Médico Residente del tercer año
De la especialidad de Medicina de Rehabilitación
Hospital Regional 1° de Octubre

ASESOR DE TESIS

Dr. Ángel Oscar Sánchez Ortiz
Subdirector Médico del Hospital Regional 1° de Octubre
Profesor titular del curso de Medicina de Rehabilitación

Dr. Fernando Vélez Sagaón
Jefe del servicio de Geriátría
Hospital Regional 1° de Octubre

Dra. Laura Patricia de la Lanza Andrade
Médico Adscrito del Servicio de Medicina de Rehabilitación
Hospital Regional 1° de Octubre

RESUMEN

La capacidad funcional en el adulto mayor de 65 años de edad con depresión.

Dr. Ángel Oscar Sánchez Ortiz. Jefe de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Investigador Responsable.

Dr. Fernando Vélez Sagaón. Jefe de Servicio de Geriátria. Investigador Asociado.

Dra. Laura Patricia De la Lanza Andrade. Médico Adscrito Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Investigador Asociado.

Dr. Filiberto Guerra Navarro. Médico Residente de Tercer año de Medicina Física y Rehabilitación. Investigador Asociado.

Marco teórico:

La depresión se ha convertido en unos de los trastornos más frecuentes entre la población y es reconocida como un problema de salud. La depresión en los adultos mayores no es bien conocida. La mayoría de los estudios o trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos se efectúan en población joven, sin embargo, el vivir muchos años implica vivir siendo viejo y este fenómeno, a su vez, supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de alteraciones afectivas.

Objetivos:

Relacionar la capacidad funcional con el grado de depresión en los adultos mayores

Material y métodos:

La población estuvo constituida por 120 pacientes que cubrieron los criterios de inclusión a quienes se les realizó la evaluación de la capacidad funcional mediante el Índice de Barthel, así como la escala de depresión de Yesavage.

Resultados:

De los 120 pacientes, 35 (29.1%) se encontraron sin depresión, 34 (28.3%) pacientes con depresión leve, 41 (34.1%) con depresión moderada y 10 (8.3%) con depresión severa. Setenta y un pacientes (59,2%) presentaron alteración de la capacidad funcional, 18 pacientes (25.4%) no presentaron depresión en el momento de la aplicación de la escala de depresión de Yesavage, pero presentaron disminución de la capacidad funcional, 55 pacientes (74.6%) presentaron depresión con disminución de la capacidad funcional.

Conclusiones:

Las valoraciones de Barthel y Yesevaje deben efectuarse de forma regular en la población geriátrica.

La depresión se asocia con un mayor deterioro de la capacidad funcional

Palabras Claves: Adultos mayores, Depresión, Escala de Barthel, Escala de Yesavage

ABSTRACT.

Functional capacity in adults over age 65 with depression.

Depression has become one of the most common disorders among the population and is recognized as a health problem. Depression in older adults is not well known. Most studies or works on etiology and treatment of affective disorders in young people are made, however, living means living for many years is old and this, in turn, an increase of physical, mental, social and functional that may influence the presence of affective disorders.

Objectives:

Functional capacity to relate to the degree of depression in older adults
Material and methods:

The population consisted of 120 patients who covered the inclusion criteria who underwent the functional capacity evaluation by Barthel Index and the Yesavage Depression Scale.

Results:

Of the 120 patients, 35 (29.1%) had no depression, 34 (28.3%) patients with mild depression, 41 (34.1%) with moderate depression and 10 (8.3%) with severe depression. Seventy-one patients (59.2%) had impaired functional capacity, 18 patients (25.4%) had no depression at the time of the implementation of the Yesavage depression scale, but showed a decrease in functional capacity, 55 patients (74.6%) had depression with decreased functional capacity.

Conclusions:

The Barthel and Yesavaje reviews must be conducted regularly in the geriatric population.

Depression is associated with greater impairment in functional capacity

Keywords: Elderly, Depression Scale, Barthel Scale Yesavage

ANTECEDENTES

El envejecimiento, produce cambios en todos los órganos y sistemas del individuo, lo cual puede conducir a la presencia de deficiencias, que a su vez condicionen el desarrollo de discapacidad. Cuando ello ocurre en un individuo especialmente susceptible como el adulto mayor, puede tener un fuerte impacto personal, familiar y social. Las personas mayores de 65 años de edad tienen dos veces más discapacidades, cuatro veces más limitaciones para sus actividades, acuden al médico 42% más veces y tienen el doble de ingresos hospitalarios (Delisa 1988:410). La discapacidad y la dependencia son los aspectos más temidos por los ancianos.¹

Por función se entiende la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. El realizar la tarea más sencilla que nos podamos imaginar va a exigir unos mínimos de capacidad funcional, de capacidad cognitiva y de capacidad emotiva, así como un entorno y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes fallan, el realizar la tarea se convertirá en algo difícil o imposible: se habrá alterado la capacidad funcional.²

La discapacidad se define como la restricción o limitación del individuo para realizar aquellas actividades consideradas como normales para el mismo (OMS, 1980)

La discapacidad según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) se define como déficit, limitación en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)³

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Calidad de Vida es la percepción de un individuo respecto a su propia posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive, teniendo en cuenta sus metas, sus expectativas, sus modelos y sus preocupaciones.

Para Lawton la calidad de vida la define como una aproximación multidimensional realizada, con respecto al sistema persona – ambiente de un individuo, tanto en el momento presente como en el pasado y en el futuro.⁴

Con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan. La depresión es uno de ellos y, además, constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta mortalidad.⁵

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos más frecuentes entre la población y es reconocida como un problema de salud. Está demostrado que la discapacidad relacionada con este trastorno, muestra el impacto y la trascendencia del mismo, ocupando en la actualidad el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, y estimándose que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad.⁶

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades.⁵

La capacidad funcional en los adultos mayores con depresión, disminuye un treinta por ciento

El crecimiento poblacional en México muestra un incremento exponencial en el número de personas mayores de 65 años, lo que ha provocado la inversión de la pirámide poblacional.

Según el censo de población y vivienda actualizado en el 2005, realizado por el INEGI, en México la población mayor de 60 años es de 8.3 millones. Hace 15 años se esperaba que para el año 2030 la población mayor de 60 años fuera de 15 millones, sin embargo, ahora se pudiera pensar que llegaremos pronto a esa cifra.⁷

El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuenta con una población (2006) de 10, 798,948 derechohabientes, de los cuales el 13.5% es población adulta mayor. El ISSSTE enfrenta un acelerado proceso de envejecimiento en su población derechohabiente, su distribución no es homogénea en el territorio nacional. ⁸La población de personas mayores de 65 años de edad de 1,466,145 derechohabientes.

El aumento en el número de personas con más de 65 años de edad es debido al descenso de los índices de mortalidad, que ha permitido prolongar la esperanza de vida de los mexicanos a casi 75 años (74 años mujeres, 73 años hombres) , de tal forma que hoy en día se espera que en México el 84% de los recién nacidos llegue vivo a los 60 años de edad.⁸

Este proceso paulatino de envejecimiento de la población, se agudizará en los años subsiguientes, con lo que se espera que para el año 2050, 1 de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años de edad.⁷

En el año 2000, 10.7% de la población de 60 años y más informó tener algún tipo de discapacidad. En el mismo año, 41.5% de los 1.8 millones de habitantes que sufrían alguna discapacidad en el país eran personas de 60 años y más de edad: 47.2% hombres y 52.8% mujeres. La incidencia de discapacidad aumenta de 3 por 10 000 habitantes en la tercera y cuarta década de la vida, de 300 por 10 000 en la séptima y octava década de la vida.⁹

La depresión se ha convertido en unos de los trastornos más frecuentes entre la población y es reconocida como un problema de salud. Está demostrado que la discapacidad relacionada con este trastorno, muestra el impacto y la trascendencia del mismo, ocupando en la actualidad el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, y estimándose que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad.⁶

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. El envejecimiento sano es aquel en que se observa sólo el decremento funcional, donde ni la edad ni la enfermedad, ni factores ambientales o adversos del estilo de vida complican o acrecienta el deterioro.¹

La discapacidad se define como la restricción o limitación del individuo para realizar aquellas actividades consideradas como normales para el mismo (OMS, 1980)

La determinación de la discapacidad en personas mayores se evalúa en base a la medición de la capacidad o nivel de independencia del anciano para realizar aquellas actividades necesarias para la vida diaria (AVD) y de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Ejemplos de AVD son: bañarse, vestirse, usar el sanitario, movilizarse, alimentarse y controlar esfínteres. En el caso de AIVD se consideran aquellas que permitan el manejo del hogar y la vida independiente en la comunidad como por ejemplo: manejar dinero, usar transporte público, hacer compras, etc. El nivel de autonomía para las AVD en personas de 65 años es de 75%.¹⁰

Dentro de las causas de la depresión se encuentra la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina y no la supresión de cortisol. 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 también ha sido 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 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. Las causas psicológicas de la depresión son más complejas. Errores cognoscitivos, psicodinámicos o de comportamiento pueden originar la depresión.⁵

La depresión en los adultos mayores no es bien conocida. La mayoría de los estudios o trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos se efectúan en población joven, sin embargo, el vivir muchos años implica vivir siendo viejo y este fenómeno, a su vez, supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de alteraciones afectivas.

Por otra parte, el adulto mayor es un ser socialmente deficiente en el sentido de haber perdido a este nivel algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (cónyuge, familiares, amigos, actividades y prestigio profesional). Todos estos elementos, además de la jubilación, la pérdida de estatus y de funciones familiares pueden tornarse peligrosos para el adulto mayor si no logra encontrar equilibrio que favorezca su armonía psíquica, conllevando a una alteración afectiva.

El adulto mayor va asistiendo a estas pérdidas, 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 adultos mayores constituyen una población con riesgo de padecer cuadros depresivos según la discapacidad, su intensidad y la organización de su personalidad.¹⁴

En el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque, a causa de éste, se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Los síntomas cognitivos secundarios se presentan con más frecuencia en este grupo etario.¹²

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.

Las manifestaciones de la depresión en el adulto mayor son fluctuantes y los instrumentos de detección habitualmente subestiman o ignoran los síntomas más característicos de la depresión geriátrica, así como su valoración.

A pesar de esto, algunos signos nos podrían ayudar a detectar la depresión en adultos mayores:

Apariencia triste, agitación diurna, lentitud del lenguaje, retraso psicomotor, pérdida de apetito, despertar temprano, variación diurna del humor, baja reactividad ambiental, ansiedad afectiva (llanto...) demanda excesiva de atención, autoagresiones, gritos con contenido depresivo.⁵

El diagnóstico de depresión es clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje, entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la Escala de Yesavage, única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada. Su versión está regulada por 30 ítems, tiene sensibilidad de 84% a 86% y especificidad de 95 a 100%. Califica no depresión (0 a 10 puntos), depresión leve moderada (11 a 20 puntos) y depresión severa (>20 puntos).¹⁵

La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los adultos mayores, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población general. Además, la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración general de la calidad de vida relacionada con la salud.

Actualmente, incluir la valoración de la función física es imprescindible en cada instrumento destinado a medir el estado de salud.

El Índice de Barthel o de discapacidad de Maryland fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel, consta de diez parámetros que miden las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

La traducción al español se publicó en el año 1993 y se comenzó a utilizar en unidades de agudos en pacientes geriátricos y posteriormente en otros niveles asistenciales.

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son correr, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la máxima dependencia es 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambios de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambios producido en la zona de mayor independencia.

Al principio el Índice de Barthel se evaluó mediante la observación directa, hoy en día se ha generalizado la obtención verbal de información directamente del individuo o de su cuidador principal. Ambos métodos ofrecen fiabilidad.

Es fácil de aplicar, aprender y de interpretar por cualquier miembro del equipo con un tiempo medio requerido de cinco minutos. Su aplicación no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes. Por su validez, sensibilidad y fiabilidad, esta escala es útil para describir el estado funcional y sus cambios en el tiempo.¹⁶

Grado de dependencia según puntuación de la escala

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).
- Dependiente leve: 91 -99.
- Dependiente moderado: 61 – 90.
- Dependiente grave: 21 – 60.
- Dependiente total: 0 – 20.

JUSTIFICACIÓN

Ante los cambios demográficos de la población actual y futura de México y del mundo, incrementándose la población geriátrica y con ello los padecimientos crónicos degenerativos y la discapacidad, existe la necesidad de prepararse para estos cambios para el futuro.

La depresión cada día cobra mayor importancia; se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdida a escala mundial y la primera en países desarrollados. En México, se estima que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como enfermedad, provocando una discapacidad en las AVDH. Hoy en día, la depresión y la rehabilitación constituye un capítulo fundamental por su habitual presencia en muchos pacientes y por su efecto en el proceso de rehabilitación y en la calidad de vida

La Rehabilitación es una forma de intervención sobre el proceso de discapacidad en el adulto mayor: en la transición del proceso de Enfermedad que lleva a un Deterioro y posteriormente regresar a la actividad, y que es capaz de prevenir o revertir el paso de deterioro a discapacidad y de discapacidad a invalidez.

La descripción de perfiles poblacionales que pudieran hacernos predecir el riesgo de discapacidad, permitiendo la definición de situaciones de discapacidad susceptibles de ser modificadas al establecer programas de prevención o rehabilitación de las mismas es factible.

Es por ello que consideramos que es de gran importancia conocer la capacidad funcional de los adultos mayores que sufren depresión. Con esto se mejoraría la calidad de vida de este grupo de personas, así como disminuir los costos por atención médica y asistencial por parte del Instituto.

OBJETIVO

GENERAL

1.- Relacionar la capacidad funcional con el grado de depresión en los adultos mayores que se encuentran dentro de la población de derechohabientes del Hospital Regional 1° de Octubre del I. S. S. T. E.

ESPECÍFICOS

1.-Relacionar el grado de depresión en los pacientes mayores con el grado de capacidad funcional.

2.-Relacionar el grado de capacidad funcional con el puntaje de Mini Mental

3.-Relacionar el grado de depresión con el puntaje de Mini Mental

DEFINICION DEL PROBLEMA

¿La depresión aumenta el riesgo de discapacidad para las actividades de la vida diaria en los adultos mayores?

HIPOTESIS

La depresión afecta en un 30% la capacidad funcional en los adultos mayores

VARIABLES

- Son variables de causalidad y nominales

Variables Independientes

- Pacientes con Depresión

Variables Dependientes

- Edad
- Genero
- Escala de Barthel
- Mini Mental
- Nivel de estudios
- Estado Civil

TIPO DE ESTUDIO

- a) Observacional
- b) Transversal
- c) Prospectivo

MATERIAL Y METODOS

Se reclutaron a pacientes mayores de 65 años de edad con diagnóstico de depresión, de septiembre a noviembre del 2009, que acudan a la consulta externa del Servicio de Geriátrica del Hospital Regional 1° de Octubre.

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Hombres y mujeres mayores de 65 años de edad.
- Que sean derechohabientes del I.S.S.S.T.E. y acudan a la consulta externa del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y del Servicio de Geriátrica del Hospital Regional 1° de Octubre.
- Pacientes diagnosticados con depresión con y sin tratamiento médico farmacológico.
- Que estén de acuerdo en participar en la evaluación y firmen la carta de consentimiento informado.
- Con disponibilidad de participar

Criterios de exclusión.

- Pacientes con cualquier patología que provoque deterioro cognitivo o discapacidad identificado en la entrevista y observación del mismo
- Toxicomanías o medicamentos cuya reacción secundaria sea depresión

Criterios de eliminación.

- Ninguno.

Se reclutaron pacientes adultos mayores con diagnóstico de depresión, con y sin tratamiento médico, referidos del Servicio de Geriátrica al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre durante los meses de noviembre del 2009 a febrero del 2010 Este estudio fue aprobado por los comités de investigación y ética del mismo hospital. La población estuvo constituida por 120 pacientes que cubrieron los criterios de inclusión a quienes se les realizó la evaluación de la capacidad funcional mediante el Índice de Barthel, así como la escala de depresión de Yesavage, para determinar el nivel de depresión que presentaban, se notificó al paciente y/o familiar sobre el objetivo del estudio e investigación, se les dio una amplia explicación del motivo del estudio y de estar de acuerdo, firmar la carta de consentimiento informado

El índice de Barthel fue aplicado por el investigador principal (Médico residente del tercer año) y supervisado por el médico adscrito de Rehabilitación. La información fue almacenada en una hoja de cálculo de Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico.

Recursos Humanos

- a) Médico Rehabilitador
- b) Médico Geriatra
- c) Médico Residente de tercer año de Medicina de Rehabilitación

Recursos Físicos

- I. Consultorio de Medicina Física y Rehabilitación
- II. Hojas de Índice de Barthel
- III. Hojas de consentimiento informado
- IV. Pluma, lápiz, papel
- V. Computador

Financiamiento

El costo de la investigación fue asumida por el médico residente que realizó la investigación

ANALISIS ESTADISTICO

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron 120 pacientes correspondiendo al sexo masculino 37 (30.8%) y al sexo femenino 82 (69.1%), con edad promedio de 77 ± 8.80 años

Dentro de la escolaridad se encontró que 14 (11.6%) eran analfabetas, 62 (51.6%) terminaron la primaria, 23 (19.1%) con primaria trunca, 11 (9.1%) terminaron secundaria, 2 (1.6%) con secundaria trunca, 3 (2.5%) terminaron bachillerato, 5 (4.1%) tenían licenciatura.

Dentro de las enfermedades concomitantes se encontró a 26 (21.6%) pacientes sin enfermedad asociada; 20 (16.6%) con Diabetes Mellitus (DM), 30 (25%) Hipertensión arterial (HAS), 29 (24.1%) DM+HAS, 9 (7.5%) Secuelas de evento vascular cerebral; 2 (1.6%) con enfermedad de Parkinson; 4 (3.3%) con otro tipo de enfermedad (enfermedad articular degenerativas, trastornos odontológicos).

El estado civil de 56 (46.6%) de los pacientes eran viudos, 22 (18.3%) solteros, y 42 (35%) eran casados.

El promedio de puntaje para el coeficiente intelectual por medio del test de Minimental fue de 23.5; el promedio de puntaje de la Escala de depresión de Yesavage fue de 9.8; el promedio de puntaje para el índice de capacidad funcional de Barthel fue de 82.2.

De los 120 pacientes, 35 (29.1%) se encontraron sin depresión, 34 (28.3%) pacientes con depresión leve, 41 (34.1%) con depresión moderada y 10 (8.3%) con depresión severa.

Dentro los pacientes que no presentaron depresión (35 pacientes) se encontró el grado de funcionalidad de independencia en 17 (48.5%); dependencia moderada en 14 (40%) y dependencia grave en 4 (11.4%).

Los pacientes con depresión leve (34 pacientes), 13 (38.2%) fueron independientes; 17 (50%) con dependencia moderada y 4 (11.7%) con dependencia grave.

Con depresión moderada (41 pacientes), 17 (41.1%) con independencia, 15 (36.5%) con dependencia moderada, 9 (21.9%) con dependencia severa.

Con depresión severa pacientes (10 pacientes), 2 (20%) con independencia, 4 (40%) con dependencia moderada y 4 (40%) con dependencia severa (Cuadro 1). El coeficiente de correlación (r) fue de 0.216, $r^2 = 0.47$

De los 120 pacientes, 71 pacientes (59,2%) presentaron alteración de la capacidad funcional, 18 pacientes (25.4%) no presentaron depresión en el momento de la aplicación de la escala de depresión de Yesavage, pero presentaron disminución de la capacidad funcional, 55 pacientes (74.6%) presentaron depresión con disminución de la capacidad funcional, obteniéndose una χ^2 de 0.268, lo cual no tiene significancia estadística.

Cuadro 1

		Barthel en categorías			Total
		Independiente	Dependiente moderado	Dependiente grave	
Depresión categorías	Sin depresión	17	14	4	35
	Depresión leve	13	17	4	34
	Depresión moderada	17	15	9	41
	Depresión severa	2	4	4	10
Total		49	50	21	120

No se encontró correlación entre el grado de depresión y el nivel cognitivo medido mediante el mini mental. Su correlación fue de 0.108

Así como también no se encontró correlación entre el grado de discapacidad y el nivel cognitivo, la correlación fue de 0.614

DISCUSION

Debido al envejecimiento poblacional y al consiguiente incremento de las discapacidades, la importancia de la rehabilitación en los pacientes geriátricos es lograr la independencia funcional del adulto mayor.

La medición de la capacidad funcional y depresión mediante la utilización de encuestas es una estrategia útil, ya que la estimación de las mismas usando cifras generadas en los servicios de salud suele estar subestimadas.

Mariana Belló y cols. realizaron un estudio acerca de la prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México, se calcularon las prevalencias en el ámbito nacional, según sexo, edad, nivel de escolaridad, tamaño de la comunidad de residencia y entidad federativa. En el que concluyeron que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en las personas adultas y se asocia a vulnerabilidad social, encontrando una mayor relación mujer : hombre 5:1, incrementándose la prevalencia con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, siendo más alta la depresión el áreas rurales En nuestro estudio se encontró mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino al igual que en la literatura.

Wirocius J.M. y cols. Realizaron un estudio en el cual relacionaron la incidencia de la depresión y la discapacidad, en pacientes que acudieron a consulta externa de fisiatría, en edades entre 18 y 76 años de edad, de forma aleatoria, en el que encontraron un aumento de la incidencia en el género femenino y con mayor frecuencia en pacientes con discapacidad permanente, así como en pacientes geriátricos presentaron una mayor incidencia de depresión En nuestro estudio no encontramos una relación significativa entre depresión y discapacidad.

Rodríguez Nieto y cols encontraron en su estudio de 67 pacientes y con edades de 18 a 71 años, un aumento en la prevalencia de depresión en pacientes con discapacidad, se encontró una relación significativa entre depresión grave y discapacidad permanente

Los estudios realizados donde se relacionan el grado de capacidad funcional y la depresión han tenido como muestra una población general, encontrando relación significativa; en nuestro estudio valoramos a una población específica, la geriátrica, relacionando el grado de capacidad funcional específico con el nivel de depresión específico, no obstante, no se encontró una relación estadísticamente significativa, sin embargo se observó que la edad avanzada influye en la disminución de la capacidad funcional y que el grado de capacidad funcional no se ve afectado con el nivel de depresión en los pacientes geriátricos.

CONCLUSIONES

Las valoraciones de Barthel y Yesavage deben efectuarse de forma regular en la población geriátrica

La depresión se asocia con un mayor deterioro de la capacidad funcional

La frecuencia de la asociación entre con deterioro funcional y depresión es mayor a lo reportado en la literatura universal

SUGERENCIAS

Tomando en cuenta el presente estudio y de acuerdo a los resultados, sugerimos realizar el estudio en una muestra con mayor número de pacientes geriátricos, para poder relacionar y valorar, si existe la relación entre la capacidad funcional y el nivel de depresión.

Hacer estudios que valoren si la intervención de rehabilitación influye en mejoría o no de la depresión independiente de su manejo farmacológico

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rinza Gonzales M., Manzanares Nieto D. Programa integral de rehabilitación para la mejoría de la calidad de vida en pacientes geriátricos. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2009;21:20-24.
- 2.- Boletín B.227-2006, Atiende el ISSSTE a más de 400 mil ancianos en todo el país.
- 3.-Moreno Castillo Y, González Pedraza Aviles A. La atención del adulto mayor en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008;13:2,41-44.
- 4.- Caraveo Anduaga J., Colmenares Eduardo, Saldivar Gabriela. Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999, V.22 No. 2: 7-17
- 5.- Llanes Betancourt Caridad. Evaluación funcional y anciano frágil. http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol24_2_08/enf05208.htm
- 6.- Larrión Zugasti J.L., Valoración Geriatrica Integral (III) Evaluación de la capacidad funcional del anciano. *Anales SiS San Navarra* 1999, 22 (Supl. 1):71-84.
- 7.- Vázquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Ramos Matín-Vegue AJ; Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. *Papeles Médicos* 2001;10 (4): 177-184.
- 8.- Tomás Aznar C, Moreno Aznar LA, Germán Bes C. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev. Esp Salud Pública* 2002; 76:215-226
- 9.- Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med* 1995;41 (10): 1439-46.
- 10.- Aspiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 683-699.
- 11.- Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx* 2007; 143 (2): 141-147.
- 12.- Esponosa Aguilar A, Caraveo Anduaga J, Zamora Olvera M. Guía de práctica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental* 2007;30:6, 69-80.
- 13.- Bello M, Puentes Rosas E. Medina Mora ME. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México* 2005;47 Suplemento 1: 4-11
- 14.-Ramón García F, Guridi González MZ, Medina Valdés Z. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. *Psicología Científica*. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-301-1-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.html>. ISSN: 2011-2521
- 15.Martinez Mendoza JA, Martínez Ordaz VA, Esquivel Molina CG. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Méd Inst Méx Seguro Soc* 2007;45 (1):21-28.
- 16.-Cid – Ruzafa et al. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. Feb 2007.