



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

Unidad de Medicina Familiar con Módulos de Enfermería No. 66, Apodaca, Nuevo León

**PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON MODULOS DE
ENFERMERIA No. 66.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DELIA VERÓNICA PADILLA SALINAS
REGISTRO N°. R-2010-1906-45



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.

**PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/ME N° 66**

1. Título.....	2
2. Índice general.....	3
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes).....	5
4. Planteamiento del problema.....	9
5. Justificación.....	10
6. Objetivos.....	11
- General	
- Específicos	
7. Metodología.....	12
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	
8. Resultados.....	16
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
9. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados.....	20
10. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador).	21
11. Referencias bibliográficas.....	22
12. Anexos.....	24

2.- MARCO TEÓRICO.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor en el que predominan síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además en mayor o menor grado, están presente síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, lo que es una afectación global en la vida psíquica¹. Proviene de latín depressu que significa abatido, derribado. En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatiga y el episodio debe durar al menos dos semanas.

La depresión es un problema a nivel mundial (OMS) afecta 121 millones de personas en todo el mundo y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés², y menos del 25 % de los afectados tiene acceso a un tratamiento efectivo, debido a su frecuencia relativamente alta a lo largo de la vida como a la importante discapacidad que causa³. En 2002 fue responsable del 4,5% de la carga mundial de morbilidad, y a ella se debe casi el 12% del total mundial de años vividos con discapacidad. Sin tratamiento, la depresión tiende a la cronicidad y causar una discapacidad, que se acentúa con el tiempo. La depresión cada día cobra mayor importancia, en diferentes grupos de edad con una incidencia en los extremos de la vida⁴.

La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que será el mayor problema de salud en el mundo, y que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a nivel mundial y la primera en países desarrollados por lo que el diagnóstico adecuado nos permitirá brindar manejo integral, mejorando de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de los adultos mayores; la depresión afecta 1.8 millones de adulto, estadounidenses adultos, cada año.⁵

En México la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica, llevó a cabo un estudio en 2002, encontrándose que en la población urbana de 18 a 65 años los

trastornos depresivos se encontraron, en el 9.1%, de los encuestados y que en las mujeres la depresión mayor ocupa el segundo lugar de los trastornos afectivos. Siendo la depresión es uno de los padecimientos psicogeriátricos más frecuentes en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres 5% en hombres mayores de 60 años, las cifras más altas de depresión en el país, se encuentran en Jalisco, Veracruz y Tabasco con 5, 4.6 y 4.5% respectivamente. Las entidades con más baja cifras de depresión son Nayarit y Nuevo León ambas con porcentajes menores a 1%; la cifra más alta de depresión en mujeres se encontró en Hidalgo con un 9.9%, y Jalisco con 8.2%; la cifra más baja fue en Sonora con 2.8% y Campeche 2.9%.⁶

Agudelo y et al. Mencionan, que la depresión tiende a ser recurrente y crónica cerca del 80% de los pacientes responden a los tratamientos, únicamente 50% consigue una remisión total del cuadro⁷.

En un estudio realizado dentro del IMSS en el 2007, se encontró que el 15 al 20 % en la población ambulatoria, pero habrá un incremento del 25 a 40 % en adultos mayores hospitalizados con depresión; predominando el sexo femenino, teniendo así una incidencia de casos nuevos es de 13 % por año⁸.

Debido a que existen diversos trastornos médicos que pueden causar depresión en el adulto mayor, así como el abuso de alcohol, fármacos o algunas drogas, pueden llegar a enmascarar o pasar desapercibidos, olvidándonos de tener en cuenta algún trastorno depresivo, debido a lo anterior, es necesario contar con un instrumento que sea confiable que tenga una sensibilidad y especificidad adecuada que nos apoye para un diagnóstico preciso y confiable, en poco tiempo de aplicación, dentro de la consulta, sin olvidar que los datos son importantes⁹.

La familia es el principal soporte de cuidado y apoyo por lo que es importante informar, educar, asesorar en el cuidado del adulto mayor, determinar la disfunción familiar o la depresión que influyen en la funcionalidad de los adultos. Zavala-González y Domínguez-Sosa encontraron una relación entre la presencia de depresión - disfunción familiar.¹⁰

En un estudio realizado por Santiago encontró que la Depresión en el adulto mayor cuando no es tratada incrementa el riesgo de mortalidad, deterioro funcional con aumento de la dependencia y con incremento de riesgo de suicidio.¹¹

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- ❖ Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
- ❖ Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- ❖ Disminución o aumento del peso o del apetito.
- ❖ Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño).
- ❖ Entecimiento o agitación psicomotriz.
- ❖ Astenia (sensación de debilidad física).
- ❖ Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
- ❖ Disminución de la capacidad intelectual.
- ❖ Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Existen múltiples instrumentos para diagnosticar depresión en el adulto mayor algunos de estos son; Escala auto aplicada para la valoración desarrollada por

Aarón T. Beck (BDI) ¹², con el uso de esta escala podremos obtener una primera valoración del estado anímico, emocional y consta de 21 preguntas con 4 opciones de respuesta cada una¹³. Mientras que en la escala de auto evaluación Zung que es cuestionario que se utiliza para poder detectar síntomas depresivos; es auto administrable pero su interpretación debe ser realizada por un médico psiquiatra o psicólogo; la escala de evaluación de Hamilton, consta de 17 preguntas, las puntuaciones van del 0 al 4 o al 3 en función del número de respuestas, sin embargo ninguna de estas escalas tiene la suficiente sensibilidad o especificidad, para ser considerados instrumentos diagnóstico¹⁴.

En respuesta a este vacío surge en 1982, la escala geriátrica de Yesavage (EDG) de 30 ítems, puntualizada por Aguilar-Navarro y Ávila-Funes, de esta forma se ha convertido probablemente en el instrumento de tamizaje más utilizado¹⁵.

Se ha mostrado una excelente confiabilidad y distintos tipos de validez, en el instrumento específico para depresión en el adulto mayor, que ha sido validada a nivel mundial¹⁶. A pesar de su validez de constructo y eficacia para detectar la depresión, con el tiempo algunos autores encontraron que modificando la escala original de 30 ítems, a un menor número se llegó encontrar la misma validez, quedando finalmente como instrumento la escala geriátrica Yesavage abreviada que consta de 15 ítems¹⁷. Esto da como resultados una más fácil aplicación de la escala haciendo más cómodo el llenado por la población geriátrica a quien va dirigido este instrumento¹⁸. Con el tiempo se realizaron estudios para validar ambas escalas encontrando que no hay una diferencia significativa de resultados entre ambas¹⁹, por lo que utilizaremos la escala Yesavage acortada de 15 ítems para la aplicación de nuestra investigación, siendo también conocida como escala depresión geriátrica (EDG) ²⁰.

Existen evidencias del beneficio en la utilidad de encuestas en la detección oportuna de la población con riesgo de presentar depresión así como para evaluar los posibles riesgos asociados. En los adultos mayores la escala más adecuada es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) ²¹. Proporciona una información con sensibilidad 80% y especificidad 90%, validada y fiable acerca de la sintomatología, depresión en los mayores de 60 años. Mientras la puntuación

total se relaciona con los componentes cognitivos de la depresión, se observan dos factores sólidos: uno anímico y otro ligado al bienestar subjetivo. Ello permite delimitar de forma más precisa la sintomatología depresiva de los ancianos con la escala EDG²². Puesto que, la depresión con lleva un deterioro de la salud general a consecuencia de múltiples enfermedades, que puede o no presentarse en el adulto mayor, por lo cual la detección temprana, será la diferencia en la evolución de la enfermedad y sus complicaciones²³.

Con aplicación de Mini-Mental State Examination (MMSE) detecta las funciones cognitivas: orientación, atención y memoria, cálculo mental, comprensión verbal, escritura, denominación, razonamiento, fluidez verbal, praxias y gnosias con el propósito de equilibrar el tiempo de aplicación y la extensión de las áreas evaluadas²⁴. Dentro de las escalas cognitivas-conductuales para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona la más utilizada, se ha convertido en un instrumento imprescindible para la evaluación del deterioro en ancianos o en otras personas que puedan presentar un deterioro significativo²⁵.

Si los profesionales en salud realizamos una detección temprana en el primer nivel de atención evaluando además la presencia de algún grado depresión por medio de test, escalas breves previamente validadas y fiables que detecten signos de alarma de actividad intelectual habitual del deterioro cognitivo del adulto mayor de 60 años, se pueden realizar acciones específicas para mejorar la calidad de vida de nuestros paciente.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la experiencia de mi consulta diaria existe un incremento de la población geriátrica; es difícil en ocasiones averiguar detrás del malestar de cada paciente si hay un trasfondo depresivo, por lo que me motiva a encontrar una forma rápida y confiable que se pueda aplicar en la consulta para identificar la depresión en el adulto mayor.

Por lo anterior, es necesario contar con un instrumento específico para identificar la depresión en el adulto mayor, fácil de aplicar, confiable, sencilla de calificar para llegar a un diagnóstico relacionado con el cuadro clínico; para dar la oportunidad de otorgar un tratamiento adecuado, evitando medicamentos innecesarios para evitar una polifarmacia, así como las complicaciones que con lleva los efectos secundarios de los mismos.

Lo anterior nos ayudara a identificar trastornos a los cuales se les deberá de otorgar tratamiento así como apoyo multidisciplinario para evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo, que es nuestra prioridad como profesionales de la salud, en caso de encontrar casos severos y específicos se realizará envío con el especialista quien se encargará de evaluar las alternativas terapéuticas propias de cada paciente

¿Cuál es la frecuencia de depresión en el adulto mayor UMF C/ME 66?

5.- JUSTIFICACIÓN

En muchos centros de atención primaria en los que los pacientes acuden a consulta con diversos padecimientos entre ellos está la depresión, que a menudo esta sin diagnosticar, e incluso cuando se diagnostica, pasa a menudo en segundo término pues suele centrarse en las otras enfermedades crónicas restándole así la atención del problema principal, es fundamental diagnosticar y tratar oportunamente los trastornos depresivos, sea cual sea su causa.

Teniendo en cuenta que nuestra población en general se caracteriza por un incremento en el número de pacientes mayor de 60 años, se ha observado que depresión en el adulto mayor puede no ser diagnosticada, además de que muchos de los medicamentos que se utilizan en población geriátrica pueden llegar a tener como efectos secundarios la depresión, siendo esto por incremento de la vida media del medicamento en el organismo del anciano, al igual el retraso para la excreción del medicamento.

Se debe realizar a tiempo el diagnóstico de depresión en la población geriátrica para permitir integrar a los pacientes de una forma más completa hacia su núcleo familiar, social; de esta forma se logrará que puedan integrarse a sus actividades tanto familiares como sociales.

6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS GENERALES:

Identificar la presencia de depresión en el adulto mayor en la UMF C/MF 66

OBJETIVOS ESPECÍFICO:

Determinar la frecuencia de depresión en el adulto mayor.

Determinar el grado depresión.

Determinar los rangos de edad.

Determinar la depresión por género.

7.-METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Durante el año 2010; se realizó un estudio: transversal, observacional, prospectivo, descriptivo. En la población: a través de un muestreo probabilístico, aleatorio, simple, durante 3 meses del 2010 se aplicó la encuesta a un total de 105 pacientes adultos mayores de 60 años que acudieron a la consulta de la Unidad de Medicina Familiar con Módulos de Enfermería N°66, se aplicó el test mini mental para la detección de deterioro cognitivo y escala de depresión geriátrica (EDG-Yesavage15 ítems); población mayor de 60 años en total de 594. Con este datos se usa la fórmula para calcular un tamaño de muestra probabilística para poblaciones finitas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios inclusión:

Adulto mayor de 60 años
Acepte participar
Firme consentimiento.

b) Criterios de exclusión:

Presentar antecedentes personales de enfermedad neurológica o historial psiquiátrico-psicológico.
Presentar antecedentes personales de adicción a drogas.
Haber consumido algún tipo de neurofármaco (neuroléptico, ansiolítico o antidepressivo) durante la última semana.
Padeecer graves trastornos visuales (ambliopía) o auditivos (uso de audífono por hipoacusia).
No acepte participar.

c) Criterios de eliminación

Cuestionarios con datos incompletos

VARIABLES DEL ESTUDIO					
TIPO DE VARIABLE		Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición categórica	Fuente de Información
DEPENDIENTE	DEPRESIÓN	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, en ocasiones con trastornos neurovegetativos	<p>Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) con sensibilidad del 80% y especificidad 90%. Formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas)</p> <p>Las respuesta negativa en la preguntas “1,5, 7,11, 13” Se califican como positiva para ser valorada en la depresión.</p> <p>Las repuestas positivas a la preguntas “2,3,4,6,8,9,10,12,14,15” califican como positiva para ser valorada en la depresión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AUSENTE (0 A 5) - LEVE (6 A 9) - ESTABLECIDA (10 O MÁS) 	ESCALA YESAVAGE
INDEPENDIENTE	ADULTO MAYOR	OMS Ley federal del trabajo	Edad mayor de 60 años	61 AÑOS	EXPEDIENTE
CONTROL	GÉNERO	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes	HOMBRE MUJER	DICOTÓMICO	ENCUESTA

METODO PARA CAPTURAR INFORMACIÓN

Se realizó una base de datos, con las encuestas, recolectada de la población mayor de 60 años que acudió a la UMF para identificar la frecuencia de depresión en el adulto mayor, mediante la aplicación escala geriátrica de Yesavage con la suma total de los ítems se valora como sigue: 0-5 normal, 6-9 depresión leve, >10: depresión establecida, y la aplicación de Mini-Mental State Examination (MMSE), determinar si existe o no deterioro cognitivo.

Se realizó un análisis cualitativo, para determinar depresión en el adulto mayor.

Se aplicó análisis de tipo cuantitativo para determinar el resto de las variables (moda, mediana, promedio).

ASPECTOS ÉTICOS

Declaración de Helsinki:

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica de seres humanos adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki 1964), revisada por la XXIX Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la XXXV Asamblea Médica Mundial (Venecia 1983) y la XLI Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1988).

Es la misión de los Médicos salvaguardar la salud de los individuos, su conocimiento y conciencia, dedicados para lograr esta misión.

El progreso Médico está basado en la investigación que debe estar sustentada parcialmente en la experimentación, involucrando seres humanos. El campo de la investigación Médica debe llevarse a cabo con objeto diagnóstico y terapéutico básicamente y no con la finalidad científica en forma pura.

El propósito de la investigación biomédica que involucra seres humanos, debe ser para mejorar el diagnóstico de los procedimientos terapéuticos y profilácticos en el entendimiento de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

Al finalizar el presente estudio se guardará la cantidad y calidad de los resultados obtenidos de la investigación.

8. RESULTADOS

En el estudio realizado con 125 pacientes Adultos mayores, a los cuales se les aplicó el test de minimental, resultando de acuerdo a los criterios de selección un total de 105 pacientes (62 mujeres y 43 hombres) a los cuales se les aplicó la escala Yesavage con 15 ítems, para determinar la frecuencia de depresión en el adulto mayor en la UMF C/ME N°66. ^(Tabla 1).

Del total de pacientes (cuyo tamaño de la muestra fue de 105) (100%) estudiados, se encontró en un 34.29% (36 pacientes) con algún grado de depresión, de estos un 26.70% (28) se encuentran en depresión leve y solo un 7.62% (8) con depresión establecida.

En cuanto al género femenino se detectó que cursa con depresión leve un 22.86% (24), un 6.67% (7) con depresión establecida; en cuanto al género masculino un 3.81% (4) con depresión leve, solo un 0.95% (1) con depresión establecida. ^(Tabla 2).

Los hallazgos encontrados según las encuestas realizadas son:

Del total de los datos socio demográficos se encontró con un promedio de edad de 67.4 años en mujeres y de 70.7 años en hombres.

Del total de los casos encontrados con depresión, fueron en total 36 casos siendo de estos 31 resultaron con depresión leve, y 5 con depresión establecida, de los anteriores casos 12 tenían analfabetismo siendo 8 con depresión leve y 4 casos con depresión establecida, saben leer y escribir solo 3 casos, 2 con depresión leve y 1 caso con depresión establecida. Con escolaridad primaria fueron 19 casos, todos con depresión leve. En los casos con antecedente de escolaridad en secundaria solo se encontraron 2 casos con depresión leve ^(Tabla 3).

En relación con la escolaridad un 19.05% (20) son analfabetas; un 9.52% (10) sabían leer y escribir; un 58.10% (60) cuenta con primaria, un 9.52% (10) con secundaria, un 2.86% (3) con carrera técnica y solo el 0.95% (1) tenía carrera profesional. (Tabla 4).

Sexo	Número	Porcentaje
Mujeres	62	59.05
Hombres	43	40.95
TOTAL	105	100%

Tabla 1 Distribución por Sexo

Tabla 2 distribución de casos con depresión

Total de pacientes	105	100%
Total de casos	36	34.29%
Hombres depresión	casos	porcentaje de hombres
leve	7.00	19.44
grave	1.00	2.78
Mujeres depresión	casos	porcentaje de mujeres
leve	24.00	66.67
grave	4.00	11.11

Escolaridad	N° casos	Casos con Depresión leve	%	Casos con Depresión establecida	%
Analfabeta	12	8.0	26%	4	80
Sabe leer y escribir	3	2.0	7%	1	20

Primaria	19	19.0	61%	0	0
Secundaria	2	2.0	6%	0	0
Técnica	0	0.0	0%	0	0
Profesión	0	0.0	0%	0	0
TOTAL	36	31	100	5	100

Tabla 3 Relación de escolaridad y depresión adulto mayor

Escolaridad	Tipo depresión			Número pacientes
	Ausente	Depresión leve	Depresión establecida	
Analfabeta	8	8.0	4	20
Sabe leer y escribir	7	2.0	1	10
Primaria	42	19.0	0	61
Secundaria	8	2.0	0	10
Técnica	3	0.0	0	3
Profesión	1	0.0	0	1
TOTAL casos	69	31	5	105

Tabla 4 Distribución de pacientes por tipo de depresión y escolaridad en número

Escolaridad	ausente	Depresión leve	Depresión establecida	casos
Analfabeta	11.5942029	25.8	80.0	19.047619
Sabe leer y escribir	10.1449275	6.5	20.0	9.52380952
Primaria	60.8695652	61.3	0.0	58.0952381
Secundaria	11.5942029	6.5	0.0	9.52380952
Técnica	4.34782609	0.0	0.0	2.85714286
Profesión	1.44927536	0.0	0.0	0.95238095
TOTAL porcentajes	100	100	100	100

Tabla 4 Distribución de pacientes por tipo de depresión y escolaridad en porcentaje

9. DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos en el presente estudio se encontró relación con lo publicado a nivel internacional y nacional donde a mayor edad existe un alto porcentaje de presentar depresión, además de lo relacionado con la escolaridad la cual al ser menor incrementa el riesgo depresión, además de padecer enfermedades como lo mencionan investigadores internacionales.

En estos estudios se ha demostrado que los síntomas que presentan los adultos mayores son frecuentemente subdiagnosticados por lo tanto subtratados, es por esto que es necesario implementar en el primer nivel de atención que sean fáciles de aplicar, como lo mencionan Agudelo y et al, interpretar en poco tiempo para que pueda ser factible la aplicación en un número mayor de pacientes los que llevara a realizar en etapas iniciales y/ o tempranas e iniciar tratamiento para la desaparición de los síntomas así como evitar tanto al paciente y la familia alteraciones en la funcionalidad familiar en relación con la literatura encontrada por Zavala-González y Domínguez-Sosa, así como en los roles de cada uno de los integrantes, debiendo involucrar a la familia como un apoyo para el apego al tratamiento así como el seguimiento del tratamiento a fin de evitar complicaciones al confundir los síntomas con otras complicaciones.

10. CONCLUSIÓN

En el presente estudio se encontró que de un total de 105 pacientes encuestados, un 34.22% se encuentra en depresión, lo que en relación con la literatura revisada varía dependiendo del instrumento de aplicación, por lo que esta reportado desde un 10% hasta un 40%.

El resultado obtenido posterior a la encuesta se encontró que en el 60% existe depresión leve o establecida y son analfabetas, un 30% en los que saben leer y escribir, un 32.8% los que contaban con primaria, el 10% con secundaria, sin embargo los que tienen un nivel de estudios técnico o profesional no había depresión.

Con los datos obtenidos podemos concluir que existe cierta relación entre el nivel escolar, ya que a menor nivel escolar existe algún grado de depresión, mientras que a mayor grado de escolaridad existe menor posibilidad de tener algún grado de depresión.

Esto es un factor interesante que puede ser en forma aislada y totalmente prevenible desde edad temprana, ya que el acceso al universo de información a la cual se puede tener acceso a través de un libro, folletos, revistas, periódico que van desde lo cotidiano y simple, quedando limitados solamente a la comunicación oral.

En este estudio se encontró una relación del 80% de presencia de depresión establecida para los pacientes analfabetas.

En cuanto a la presencia de enfermedades crónico degenerativas con algún grado de depresión se encontró que la Diabetes Mellitus es el que más se relaciona con depresión por lo que tiene un impacto negativo extra con un 41.3% (29), la hipertensión 35% (45), otras enfermedades 29.17% (24) y sanos 14.2% (1), de 99 pacientes con enfermedades crónico degenerativas de los 105 encuestados.

Por lo que en este estudio se concluye que el Adulto mayor presenta mayor depresión entre menor escolaridad tenga y en cuanto presente alguna enfermedad crónico degenerativa como la Diabetes Mellitus e Hipertensión.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresión adulto mayor. Instituto Mexicano del Seguro social 2009.pp 2-40.
2. Grupo de Trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guías de práctica clínica en el SNS (Sistema Nacional de Salud). Edición año 2008, pp. 9-113.
3. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2007. Capítulo 7. Enfermedades mentales (página 16)
4. OMS. Salud en las Américas, 2007, volumen 1 regional (página 5).
5. Castro et al. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006; 39(4): Oct.-dic.: 132-137
6. Bello M, Puente-rosas e, Medina-Mora ME, et, Prevalencia y diagnostico depresión en población adulta en México. Salud pública de México, Vol. 47, suplemento 1 de 2005. Pp.S4-S11.
7. Agudelo D., Spielberger D, Buelal G. La depresión: ¿Un Trastorno dimensional o categorial? Salud Mental, Vol. 30, No. 3, mayo-junio 2007 pp.20-28
8. Martínez et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Medicina Instituto Mexicano Seguro Social. 2007; 45 (1): 21-28
9. Agudelo D. et al, Evaluación de componente afectivo de la depresión: Análisis factorial, del ST/DEP revisado. Salud mental vol. 28, núm. 3 junio 2005 pp. 32-41.
10. Zavala G, et y cols. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Psicogeriatría. 2010 Mar; 2(1):41-48.
11. Santiago, P. Prevalencia de depresión en pacientes nonagenarios institucionalizados. Informaciones Psiquiátricas - Segundo trimestre 2007. Número 188, 64(3):305-315
12. Bentz, B., and Hall, J. Assessment of depression in a geriatric inpatient cohort: A comparison of the BDI and GDS. Int J Clin Health Psychol, 2008, Vol. 8, N° 1, pp. 93-104.
13. Litvak R. Depresión en el adulto mayor. Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía. Septiembre de 2005. (Pp.63-70).
14. Aguilar et al. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. Salud pública de México / vol.49, no.4, julio-agosto de 2007.pp 256-262
15. Aguilar. La depresión particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gaceta Médica México. Vol. 143 núm. 2, 2007. PP. 141-148.
16. Martínez J, et al. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. Aten Primaria. 2005; 35(1): pp14-21.
17. Martínez J. et al. Versión española de cuestionario de Yesavage (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Medifam, 2002 volumen 12, numero 10 diciembre 2002, pp. 620-630

18. Bacca A. et al. Validación de la escala de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Revista pensamiento psicológico* 2005, núm. 5 pp. 53-64.
19. Izal M. et al. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diversas versiones de la escala de depresión geriátrica. *Revista española de geriatría y gerontología* 2007; 42 (4) pp. 227- 232.
20. Campo A. et al. Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructor de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena (Colombia). *Salud uninorte. Barranquilla (Col.)* 2008; núm. 24, (1): pp. 1-9.
21. Castro M, et al. Factores de riesgo asociados a la depresión adulto mayor. *Neurología Neurocirugía Psiquiatría.* 2006; 39(4): pp. 132-137.
22. Rodríguez J. et al. Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): análisis procedente de cuatro investigaciones. *Psiquiatría Noticias.* 2003; pp. 5(7).
23. Alexopoulos, G. et al. Avances en la investigación sobre la depresión geriátrica. *World Psychiatry* 2009; 8:140-149.
24. Adrián, J; et al. Estudio piloto de la validez, fiabilidad y valores de referencia normativos de la escala PRO-NEURO en adultos mayores sin alteraciones cognitivas. *Neurología* 2008; 23(5):275-287.
25. Folstein, M. et al. MMSE, Examen cognoscitivo mini-mental. Editorial: Tea Ediciones. 2005. Pp.169-171.

12. ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION ESCALA DE DEPRESIÓN Yesavage

▶ ¿Está satisfecho/a con su vida?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Nota que su vida está vacía?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Con frecuencia se encuentra aburrido?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Tiene miedo a que le pase algo malo?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Con frecuencia se siente abandonado/a?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Cree que vivir es maravilloso?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Le es difícil poner en marcha nuevos proyectos?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Se encuentra lleno de energía?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Cree que su situación es desesperada?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
▶ ¿Cree que los otros están mejor que Usted?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Apodaca, Nuevo León a ____ de _____ del 2010

Yo _____ acepto participar en la investigación mediante un cuestionario de manera voluntaria, del que se me ha informado que me puedo retirar en el momento que yo desee y que no existe riesgo alguno sobre mi persona.

Con el propósito de determinar la presencia de depresión en el adulto mayor auto cuidado en la Unidad de Medicina Familiar con Módulos de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pueblo Nuevo, Apodaca, Nuevo León, para poder así realizar medidas alternativas para mejorar o reforzar el conocimiento y también identificar la depresión adulto mayor.

FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGOS

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:
