



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

issemym

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TOLUCA, ESTADO DE  
MEXICO

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA  
PRESENCIA DE DEPRESION GERIATRICA EN  
DERECHOHABIENTES DEL ISSEMYYM EN EL  
CONSULTORIO MEDICO DE SAN JOSE DEL RINCON.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. VERONICA NERI MARTINEZ.**

TOLUCA, ESTADO DE MEX

2010



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.

**"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE  
DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN DERECHAHABIENTES DEL ISSEMYM EN  
EL CONSULTORIO MÉDICO DE SAN JOSÉ DEL RINCÓN"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

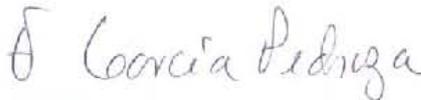
PRESENTA:

**Dra. NERI MARTÍNEZ VERÓNICA**

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

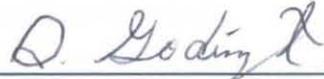


**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA  
PRESENCIA DE DEPRESION GERIATRICA EN  
DERECHOHABIENTES DEL ISSEMYM EN EL  
CONSULTORIO MEDICO DE SAN JOSE DEL RINCON.**

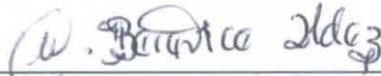
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**M.C. VERONICA NERI MARTINEZ.**  
AUTORIZACIONES:



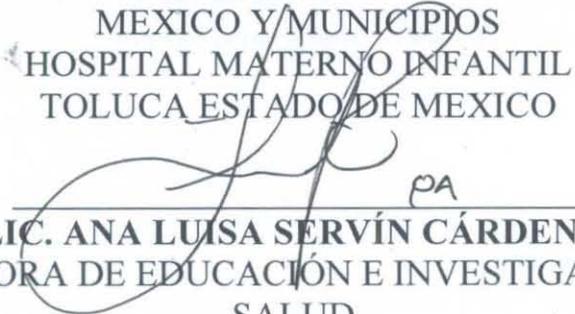
**DR. DANIEL GODÍNEZ TAMAY**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE  
MEXICO Y MUNICIPIOS  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL  
TOLUCA ESTADO DE MEXICO



**DRA. BERÉNICE HERNÁNDEZ MIRANDA**

ASESOR EN METODOLÓGIA DE TESIS  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR EN  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE  
MEXICO Y MUNICIPIOS  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL  
TOLUCA ESTADO DE MEXICO



**LIC. ANA LUISA SERVÍN CÁRDENAS**

DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN  
SALUD.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio y por darme la oportunidad de ejercer la profesión más hermosa.

### **A MIS PADRES**

Por toda una vida de lucha y trabajo, por ser mi inspiración, mi guía, por sus oraciones, por su apoyo incondicional para lograr mis metas y por ser ejemplo a seguir, quiero que sepan que este logro no solo es mío es inspirado en ustedes.

### **A MI ESPOSO**

Por su apoyo incondicional, por ser la persona que ha compartido la etapa más feliz de mi vida.

### **AMIS HIJOS**

Alondra y Diego por su infinito amor y alegría.

### **A MIS HERMANOS**

Que me hacen sentir en familia en todo momento.

### **AMIS ABUELITOS**

Por su sabiduría y grato recuerdo.

### **A LOS ADULTOS MAYORES**

Que entregaron toda una vida de trabajo a su familia, a la sociedad y que hoy ya sus fuerzas y ente se van agotando.

### **EQUIPO DE TESIS**

Con admiración y respeto a la Dra. Bere Hernández, Daniel Godínez por el apoyo para la realización de mi tesis, que con sabiduría, entusiasmo rectitud y calidad humana, me condujeron por el camino del conocimiento y hacerme crecer como persona y profesionalista.

### **GRACIAS**

## INDICE GENERAL

### INDICE

NÚMERO	TÍTULO	PÁGINA
1	Marco teórico	1
1.1.	Depresión	1
1.1.1	Historia	1
1.1.2	Definición	3
1.1.3	Epidemiología	4
1.1.4	Etiología	7
1.1.4.1	Factores neurobiológicos	7
1.1.4.2	Alteraciones neuroendocrinas:	8
1.1.4.3	Alteraciones neurofisiológicas.	9
1.1.4.4.	Alteraciones neuroanatómicos	9
1.1.5.	Factores psicológicos	9
1.1.6.	Factores socioculturales	11
1.1.7	Fármacos que provocan depresión en el paciente ancianos.	15
1.1.8	Comorbilidad médica de los adultos geriátricos	15
1.1.9	Grupos de edad	17
1.1.10.	Familia y depresión	17
1.1.11	Religión y depresión.	19
1.1.12	Manifestaciones clínicas	20
1.1.13	Diagnostico- criterios DSM-IV	21
1.1.13.1	Diagnóstico de depresión en paciente geriátrico.	23
1.1.13.2	Diagnóstico diferencial	25
1.1.14	Relación de suicidio y depresión en pacientes geriátricos.	25
1.1.15	Tratamiento	27
1.1.15.1	Las redes de apoyo	27
1.1.15.2	Tratamiento farmacológico	28
1.1.16	Tratamiento psicológico	33
1.2.	Atención de la depresión en el primer nivel de atención.	34
1.3.	Pronostico	35
1.4.	Escala de depresión geriátrica versión 15 items (geriatric depression scale gds-15)	36

<b>1.5.</b>	Planteamiento del problema	37
<b>1.6.</b>	Justificación	38
<b>1.7.</b>	Objetivos	40
<b>1.7.1.</b>	Objetivo general	40
<b>1.7.2.</b>	Objetivos específicos	40
<b>2.</b>	Material y métodos	40
<b>2.1.</b>	Tipo de estudio.	40
<b>2.2.</b>	Diseño de investigación	41
<b>2.3.</b>	Población, lugar y tiempo.	42
<b>2.4.</b>	Muestra.	42
<b>2.5.</b>	Criterios	42
<b>2.5.1.</b>	Criterios de inclusión	42
<b>2.5.2.</b>	Criterios de exclusión	42
<b>2.5.3</b>	Criterios de eliminación.	42
<b>2.6.</b>	Variables	43
<b>2.6.1</b>	Definición conceptual y operativa de las variables.	43
<b>2.7.</b>	Diseño estadístico	45
<b>2.7.1</b>	Propósito estadístico de la investigación	45
<b>2.8.</b>	Instrumentos de recolección de datos	45
<b>2.9.</b>	Método de recolección de datos.	46
<b>2.10</b>	Maniobras para evitar sesgos	46
<b>2.11</b>	Procedimientos estadísticos.	46
<b>2.12</b>	Recursos humanos materiales, físicos y financiamiento del estudio.	47
<b>2.13</b>	Consideraciones éticas.	48
<b>3.</b>	Resultados	49
<b>3.1</b>	Edad.	49
<b>3.2</b>	Genero.	49
<b>3.3</b>	Estado civil.	50
<b>3.4</b>	Religión.	50
<b>3.5</b>	Escolaridad.	51
<b>3.6</b>	Ocupación.	52
<b>3.7</b>	Clasificación de la familia.	53
<b>3.8</b>	Escala de Yesavage.	54
<b>3.9</b>	Género y depresión	54
<b>3.10</b>	Estado civil y depresión	55
<b>3.11</b>	Escolaridad y depresión	56
<b>3.12.</b>	Ocupación y depresión	56
<b>3.13.</b>	Clasificación de la familia y depresión	57
<b>3.14</b>	Enfermedades crónicas y depresión	58

<b>4.</b>	<b>Discusión</b>	<b>60</b>
<b>5.</b>	<b>Conclusiones.</b>	<b>63</b>
<b>6.</b>	<b>Referencias.</b>	<b>65</b>
<b>7.</b>	<b>Anexos.</b>	<b>69</b>
<b>7.1</b>	<b>Consentimiento informado</b>	<b>69</b>
<b>7.2</b>	<b>Ficha de identificación</b>	<b>70</b>
<b>7.3</b>	<b>Instrumento evaluador</b>	<b>71</b>
<b>7.4</b>	<b>Cronograma</b>	<b>72</b>

## SUMMARY

**Objective:** To identify the sociodemographic factors that are associated with the presence of depression in the geriatric population in the offices of ISSEMyM in San José del Rincón.

**Design:** Observational, descriptive, transversal.

**Material and Methods:** We selected a non-random sample with 91 geriatric patients who completed the Geriatric Depression Scale (GDS).

**Results:** The range was 60 - 88 years old with an average of 70 years old. The 61.5 % did not have depression, 24.2% had at the moment a probably depression and the 14.3% have established depression.

Women with depression were established in a 16.66 % and men were in a 12.24%.

With regard to marital status the affected population is of widowed and divorced; 7 of the schooling 25% of the 35 illiterate was showing depression while postgraduate not show depression.

Established depression and likely depression is associated with occupation toward the home and retires.

### **Conclusions:**

It was show several sociodemographics factors associated with the geriatric depression such as the age, marital status widowed or single, to belong an extensive family, less schooling, by being of the female gender and with occupation on the home or because the person is retires, it favors the depression, chronic diseases not seem to have any influence on the incidence of depression in this study.

It is important take into account the sociodemographics factors associated with the geriatric depression for a diagnostic more appropriated using as support the Yesavage scale.

**Keywords:** Depression, geriatric patients, sociodemographic factors, Yesavage scale.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los factores sociodemográficos que se asocian a la presencia de depresión en la población geriátrica del Consultorio del ISSEMyM en San José del Rincón.

**Diseño:** Observacional, descriptivo, transversal.

**Material y Métodos:** Se eligió una muestra no aleatoria con 91 pacientes geriátricos que contestaron la escala de Yesavage para el diagnóstico de depresión geriátrica (EDG).

**Resultados:** El rango de edad fue de 60 a 88 años con una media de 70 años, El 61.5% no tenían depresión, 24.2 % tenían en ese momento una probable depresión y el 14.3 % tiene depresión establecida.

Las mujeres con depresión establecida en un 16.66% y en hombres en un 12.24 %.

Con respecto al estado civil la población afectada es la de los viudos y divorciados; 7 de los 13 tienen depresión establecida y pertenecen a este grupo. En relación a la escolaridad 25 % de los 35 analfabetas presentaron depresión establecida y Posgrado no presento depresión.

Depresión establecida y probable depresión se asocia con ocupación al hogar y jubilados.

### **Conclusiones:**

Se demostró que diversos factores sociodemográficos asociados a depresión geriátrica entre ellos a mayor edad, con estado civil viudo, soltero o pertenecer a una familia extensa, menor escolaridad, ser del género femenino y con ocupación al hogar o jubilados favorecen la depresión, enfermedades crónicas no parecen tener influencia en la incidencia de la depresión en este estudio.

Es importante tener presente estos factores sociodemográficos asociados a la depresión geriátrica para el diagnóstico oportuno utilizando como apoyo la escala de Yesavage.

**Palabras clave:** Depresión, pacientes geriátricos, factores sociodemográficos escala de Yesavage.

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1. DEPRESION

#### 1.1.1 HISTORIA

La cultura griega denominó a la melancolía (bilis negra) frecuentemente confundida con ella, la depresión (del latín **depressus**, abatimiento) el cual es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tienen constancia.

En la cultura griega la depresión se denominaba melancolía la cual se caracteriza por tristeza, sequedad y frialdad, determinada por la bilis negra. Según esta teoría de los cuatro humores propuesta por Hipócrates, el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza. El término “bilis negra” (melancolía) pasó a convertirse a un sinónimo de tristeza.

Hipócrates describe clínicamente la melancolía o depresión al relacionar dos síntomas principales de los melancólicos: el temor y la tristeza.

Los romanos llamaban a la bilis negra, “atra” (bilis oscura), de la cual se deriva la palabra española “atrabiliario”, que significa malhumorado.

El origen de la palabra depresión se encuentra en la expresión latina *premere* (empujar u oprimir hacia abajo). Su uso se registra por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII por Richard Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra. En 1808 hacia el siglo XIX el término de depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario.

Wilhem Griesinger empleó por primera vez el término de depresión mental como sinónimo de melancolía.

Edad Media La influencia del cristianismo como aglutinador cultural en la interpretación de las “pasiones del alma” abre la vía de una nueva concepción de la enfermedad.

Renacimiento. Marsilio Ficino, Médico florentino neoplatónico del siglo XV analiza la obra de Aristóteles (Problemata) desde esa perspectiva y propone que personas con mayor cantidad de bilis negra poseen dotes especiales para la creación artística.

La figura más importante del Renacimiento en relación con la melancolía fue Robert Burton (1577-1640), redactó su Anatomía de la Melancolía (publicada en 1621), ensayo médico y filosófico en el que resume todos los conocimientos.

En sus tres tomos ofrece una concepción multifactorial de la depresión, según la cual la enfermedad no tiene una única causa, si no que puede tener varias: desde el amor a la religión, pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple aburrimiento. Puede localizarse, al modo clásico, de nuevo subrayando el miedo y la tristeza como síntomas principales.

Edad Moderna. Thomas Willis (1621-1675) Primer médico en rechazar activamente la teoría de los cuatro humores y, al hilo de la corriente imperante en su época, atribuyó a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad. Menciona cuatro tipos de melancolía: La debida a una alteración en el cerebro, la originada por una mala función del bazo, una tercera que tiene su origen y efecto en todo el cuerpo y una última clase de melancolía "histérica", cuyo origen se encontraría en el útero. Sus trabajos en el campo de la depresión le llevan a publicar en 1672 un tratado sobre el tema en el que mantiene la base del miedo y la tristeza en cuanto a la sintomatología, introduce por primera vez el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, lo que dará origen a los conceptos de locura parcial y locura general.

René Descartes mencionó que el desequilibrio de los flujos sanguíneos en el organismo podía afectar al flujo de los espíritus de los nervios generando los pensamientos confusos y los delirios propios de la melancolía. Poco después los experimentos con la recién descubierta electricidad transformaron el campo de la fisiología abandonando la teoría de Descartes para dar lugar a los conceptos de sensibilidad e irritabilidad, atracción, repulsión y transmisión.

Los siglos XIX y XX Philippe Pinel padre de la psiquiatría moderna plantea el origen de los trastornos anímicos está en la percepción y la sensaciones, propone una época de causas morales como fanatismos religiosos, desilusiones intensas, amores apasionado. Sin atacar a esas no se puede tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto.

A principios del siglo XX el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicossomático.

Etienne Dominique Esquirol discípulo de Pinel I. Adoptó el término de monomanía para algunos tipos de melancolía, y apuntó por primera vez, de una manera muy adelantada, a la "enfermedad" (monomanía instintiva) como causa de determinados comportamientos delictivos.

A medida que la medicina avanza la biopsiquiatría explica a través de mecanismos farmacológicos como la interacción de determinados neurotransmisores influyen en el desarrollo de múltiples trastornos mentales entre los que se encuentra la depresión. <sup>1</sup>

### **1.1.2. DEFINICION**

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. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades del trabajo o en el desempeño social del individuo.”<sup>2</sup>

La OMS define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza y trastorno de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos.

La depresión se puede definir como una enfermedad o alteración del estado de salud o un síndrome, tomando en cuenta el deterioro e incapacidad que produce el anciano para definir qué aspecto o síntoma afecta la capacidad cognitiva, afectiva y física del paciente.

Kaplan y Sadock, definen a la depresión como una alteración que presupone un humor deprimido o una pérdida de interés o placer por todo o casi todas las actividades o pasatiempos cotidianos.

La depresión en los ancianos es una enfermedad mental caracterizada por sentimientos tales como: tristeza, soledad, indiferencia y pesimismo, afecta todo el cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos; afecta la forma en que el paciente come y duerme, lo que opina de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento general.<sup>3</sup>

### 1.1.3. EPIDEMIOLOGIA

En 2010, la población a nivel mundial cuenta con 60 años o más asciende a 759 millones de personas, de las cuales 269 millones habitan en países desarrollados y el resto en países en vías de desarrollo que envejecerán siendo aún pobres acentuándose las inequidades socioeconómicas y de género, se prevé que para el 2050 el número de personas de más de 60 años aumentara de 600 millones a casi 2000 millones. <sup>4</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de las que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando el número si existe comorbilidad. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.<sup>5</sup>

Se analizaron los datos de nueve centros en Europa utilizando la escala geriátrica Mental para comparar la prevalencia de depresión en mayores de 65 años. La enfermedad depresiva fue: Islandia 8,8%, Liverpool 10,0%; Zaragoza 10,7%; Dublín 11,9%; Ámsterdam 12,0%; Berlín 16,5%; Londres 17,3%; Verona 18,3% y Múnich 23,6%. Se identificaron con alta prevalencia (Ámsterdam, Berlín, Múnich, Londres y Verona), y con baja prevalencia (Dublín, Islandia, Liverpool, Zaragoza).

En este metanálisis en el que participaron 13.808 adultos mayores presentaron depresión en 12,3%. Las diferencias entre centros fueron evidentes en los niveles por la edad, el sexo o el estado civil.

Las proporciones son mayores de las personas mayores<sup>6</sup>

La prevalencia de la enfermedad es variable según el país estudiado y así, el *National Comorbidity Survey Replication* americano observó que un 16,2% de las personas presentaron un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida y que un 6,6% lo presentaron en los últimos 12 meses, mientras que el Libro Verde elaborado por la Comisión de las Comunidades Europeas estima que la prevalencia anual de depresión en la población europea entre 18 y 65 años es del 6,1%. Debido a su alta prevalencia, el costo que origina su tratamiento, y su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio (unas cincuenta y ocho mil persona se suicidan cada año en la Unión Europea, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA) <sup>7</sup>

En México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), nos da un panorama sociodemográficos de las personas de 60 años y más. Se estima en 9 millones de adultos mayores, lo que significa el 8.7 por ciento de la población total. En México se registra una tasa de incremento de la población total de 0.77 por ciento, mientras que el segmento de la población de 60 años o más crece a una tasa de 3.6 por ciento.<sup>8</sup>

En los próximos años, se prevé que para el año 2015 sean 11.4 millones, lo que en términos relativos representa 10.1% de la población total. Se espera que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años. <sup>9</sup>

La información sobre depresión y deterioro cognoscitivo del adulto mayor, se dispone a partir del 2007, con el registro de estas detecciones en el Sistema de Información, sin embargo, aún existe el inconveniente que representa la deficiencia en el llenado correcto de los formularios dispuestos para su detección, así como la falta de una mayor cantidad de datos de importancia epidemiológica que permitan el seguimiento y control de los pacientes.<sup>10</sup>

Actualmente en México hay pocos estudios científicos publicados sobre la depresión, y menos aún sobre la prevalencia de depresión en adultos mayores algunos han publicado resultados de encuestas que miden la presencia de la depresión en a una determinada población. No existen estimaciones recientes nacionales de la prevalencia e incidencia de depresión en México.<sup>11</sup>

Pando Moreno en un estudio que realizo para establecer la prevalencia de depresión en una población constituida por los ancianos que viven en su propio domicilio en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Se utilizó la «Escala de Depresión Geriátrica» (EDG) de Brin aplicada a 246 sujetos. La prevalencia encontrada fue de 36,2% de los sujetos estudiados, 43,2% de las mujeres y 27,1% de los hombres... Cinco de los 30 reactivos de la EDG resultaron positivos en más del 50% de los sujetos estudiados.<sup>12</sup>

Slone Se realizó un análisis de estimar la prevalencia de depresión en cuatro grandes ciudades de México, con una muestra de 2.509 adultos en cuatro diferentes regiones de México. La prevalencia promedió 12,8 % de vida y el 6,1 % de los 12 meses anteriores. Fue altamente comorbidas con otros trastornos mentales. Las mujeres tenían más probabilidades de tener depresión que los hombres. Estar divorciados, separados o viudos y de haber experimentado traumas fue altamente comorbidas con otros trastornos mentales. Las mujeres tenían más probabilidades de tener depresión que los hombres. <sup>13</sup>

En el estado de México no hay datos de prevalencia de depresión en adultos mayores.

Existe un número de investigaciones que ponen de manifiesto que la tasa más alta de sintomatología asociada a la depresión se encuentra entre los ancianos, en comparación con otros grupos de edad, aunque sin llegar a manifestarse como un trastorno completo de depresión. Dentro de este grupo de la tercera edad un 4% cursa con trastorno de adaptación con ánimo deprimido, resaltan algunos autores que un 15 % presenta sintomatología depresiva considerable, pero sin cumplir los criterios de depresión, en cualquiera de sus formas, y en todo momento de su evolución es susceptible de acabar en suicidio. Se estima que alrededor del 50 % de los sujetos deprimidos llegan al intento de suicidio. <sup>9</sup>

#### 1.1.4. ETIOLOGIA

El origen de la depresión, en personas mayores es multifactorial, son varios factores que se asocian en mayor o en menor medida para actuar en una personalidad ya predispuesta <sup>14,15</sup>.

##### 1.1.4.1. Factores neurobiológicos

La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión.

Los Cambios biológicos que suceden en esta época de la vida predisponen a trastornos del humor. <sup>14</sup>

**-Factores genéticos:** A partir de un factor genético dominante ligado al cromosoma sexual X, 5,11 en las depresiones bipolares. <sup>14,15</sup> En los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor, también aumenta el riesgo de padecer un trastorno afectivo (sobre todo depresión mayor). La susceptibilidad genética de la depresión en el anciano ha sido explorada y se ha encontrado una asociación con las variantes corta y larga del polimorfismo (5-HTTLPR) del gen promotor del transporte de la serotonina (SLC6A4) (propuesto como un marcador farmacogenético de la eficacia de algunos antidepresivos.) Este gen está relacionado con el estrés neuronal, depresión mayor e ideas suicidas. <sup>16</sup>

**-Hipoactividad serotoninérgica:** La actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5HT1 y 5HT2 disminuye con el envejecimiento. <sup>16</sup>

Muchos de los antidepresivos producen un aumento de la neurotransmisión serotoninérgica y algunos solo actúan en el sistema (ISRS), se ha encontrado disminución del principal metabolito de la serotonina (5-HIAA ácido 5 hidroxindolacético) en LCR, menor captación de serotonina en pacientes suicidas y en deprimidos no suicidas y suicidas <sup>14</sup>

Disminución de la concentración plasmática de triptófano (aminoácido esencial precursor de la serotonina) en algunos pacientes depresivos <sup>14,16</sup> o la acción potenciadora del litio supuestamente relacionada con la liberación de serotonina <sup>16</sup>

**-Hipoactividad noradrenérgica:** Existe una disminución de las neuronas del locus coeruleus con la subsiguiente disminución de la liberación de noradrenalina, así como un aumento en LCR del metabolito de este sistema, el MHPG <sup>16</sup>. Algunos antidepresivos actúan de forma casi exclusiva sobre la noradrenalina (desipramina, rebaxetina) además se ha encontrado bajos niveles de tirosina hidroxilasa (síntesis de noradrenalina) <sup>14</sup>

**-Sistema dopaminérgico:** El envejecimiento se asocia a una disminución del volumen neuronal de la sustancia negra con alteraciones de los receptores dopaminérgicos situados en los ganglios basales, concretamente a un aumento de los receptores D1 postsinápticos y a una disminución de los receptores D2 postsinápticos y los D1 y D2 presinápticos.

También se ha descrito con el envejecimiento un descenso de la perfusión cerebral sobre todo en lóbulos frontales. El envejecimiento se asocia electroencefalográficamente a enlentecimiento del ritmo alfa con aumento progresivo de ondas lentas (theta y delta) que no son normales en adultos en estado de vigilia. Sin embargo, no existen alteraciones electroencefalográficas específicas de la depresión del anciano. Existe una inversión del ritmo circadiano de la depresión a esta edad: mientras lo normal en ancianos es que tengan más energía, actividad y estado de ánimo por la mañana, los ancianos depresivos muestran un bajón de la energía, actividad y ánimo matutino.<sup>16</sup>

**-Niveles séricos de folato y la deficiencia de B12:** Asociados con mayor riesgo de síntomas depresivos. <sup>17</sup> En un estudio que se realizó en España con 177 pacientes entre 65 y 89 años de edad se encontró que las concentraciones de folato en suero fueron mayores en sujetos que contestaron mejor las pruebas de mini-mental. Concluye que el deterioro funcional psíquico en personas de edad avanzada puede verse agravada por la deficiencia de folatos. El estado de folato puede afectar la función mental al final de la vida. <sup>18</sup>

#### **1.1.4.2. ALTERACIONES NEUROENDOCRINAS:**

**-Eje adrenal:** Hipersecretión de la hormona liberadora de corticotropina <sup>14</sup>

**-Eje tiroideo:** Cerca del 33% de los pacientes con depresión mayor Presentan un aplanamiento de la respuesta de TSH a TRH, siendo la función tiroidea normal de nuevo y su especificidad es baja. El hipotiroidismo y en menor medida el hipertiroidismo producen frecuentemente trastornos afectivos. <sup>14</sup>

#### 1.1.4.3. ALTERACIONES NEUROFISIOLÓGICAS.

Las alteraciones del EEG y de los potenciales evocados son poco específicas. Más bien se han estudiado mejor las alteraciones de la estructura del sueño: se describe un acortamiento de la latencia REM con aumento de la densidad de sueño REM durante la primera mitad de la noche y con disminución de las fases 3 y 4 no REM <sup>14</sup>

#### 1.1.4.4. ALTERACIONES NEUROANATÓMICOS:

**-Alteraciones estructurales:** La depresión de inicio tardío a menudo se vincula con anomalías cerebrales como ventriculomegalia en depresiones graves (sobre todo con síntomas psicóticos). Atrofia y lesiones isquémicas en área frontoestriatal, sistema límbico y estructuras subcorticales. <sup>19</sup>

Reducción significativa del volumen encefálico e hiperintensidad en la sustancia blanca, con predominio en la corteza prefrontal, temporal superior y parietal anterior, además de degeneración en ganglios basales <sup>14</sup>

**-Alteraciones funcionales:** Disminución del flujo sanguíneo en corteza prefrontal, ganglios basales y núcleos talámicos. En relación de la actividad de la amígdala <sup>14</sup>

#### 1.1.5.5. FACTORES PSICOLÓGICOS

Los adultos mayores deprimidos pueden malinterpretar muchos de los eventos que ocurren en el transcurso de la vida. Esta distorsión cognoscitiva ocasiona una respuesta exagerada a los eventos, además de la creación de expectativas no realistas y la generalización y personalización de las situaciones adversas.

#### TEORÍAS PSICOLÓGICAS:

**-Teorías psicoanalíticas:** La depresión sería la consecuencia de la pérdida de una relación significativa ("objeto amado"); el enfermo dirigiría la rabia por esta pérdida hacia sí mismo (introyección) en vez de hacia el acontecimiento responsable. <sup>14</sup>

**-Teorías conductistas y cognitivas:** Según la teoría de la "indefensión aprendida" de Seligman, la repetición de experiencias repetidas frente a las que uno no puede defenderse termina por producir en el sujeto una reacción de pasividad cercana a los sentimientos de inutilidad y desesperanza

Los psicólogos cognitivos (Beck, Ellis) defienden que la presencia de unos patrones distorsionados de pensamiento (pesimismo, baja autoestima, culpa) conduce a los sentimientos depresivos. <sup>14</sup>

**-Teoría psicodinámica:** Propone que las pérdidas son inevitables durante el envejecimiento (pérdida de objetos, pérdida de la imagen corporal, etc.) y por ello de desarrolla un síndrome parecido a la depresión, el síndrome de depleción.

#### **PERSONALIDAD PREVIA.**

Tipo de personalidad que el paciente desarrollo en su vida premórbida. Las personas con fuertes rasgos de carácter narcisistas(dependen mucho de los demás, en quienes depositan todas sus esperanzas de gratificación y satisfacción de necesidades) y obsesivos(utilizan parte de su vida para modular reacciones de agresividad y en la vejez presentan mayor dificultad para modular la energía psíquica presentado una tendencia hacia la autodevaluación, cualquier pérdida o la amenaza de pérdida reactiva el componente agresivo reprimido, que se revierte contra el individuo mismo y le provoca vivencias de desprecio por sí mismo, desamparo, desesperanza, impulso por desaparecer y sentimientos de culpa ), corren un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos. Ya que es necesario el desarrollo de modelos satisfactorios y adaptativos de apego para enfrentarse a las situaciones de pérdida y amenaza que supone la vejez. <sup>16</sup>

Se ha encontrado que los pacientes ancianos neuróticos con pensamientos pesimistas y aquellos con actitud menos abierta son más expuestos a la depresión y al suicidio <sup>19</sup>

### **1.1.6. FACTORES SOCIOCULTURALES Y DEMOGRAFICOS:**

Parece que el envejecimiento se asocia a dificultad para desarrollar relaciones. Este factor, que por un lado podría facilitar la aparición de la depresión. En este sentido, los ancianos con déficits de apoyo social presentan un riesgo doble de padecer depresión que aquellos que no tienen este problema. Los ancianos con más bajos niveles de ingresos, educativos y de salud presentarían un mayor riesgo de padecer una depresión. <sup>16</sup>

### **ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES**

Desde hace décadas, y no sólo en ancianos, se hablaba que en los pacientes depresivos eran relevantes los acontecimientos vitales estresantes, principalmente de tipo "pérdidas", Suelen ser acontecimientos negativos que implican la pérdida de una relación significativa (duelo, separación) o el cambio de situación vital (jubilación, síndrome de nido vacío) <sup>14</sup>

Lo específico en ancianos es que son importantes factores como la existencia de enfermedad física grave que produzca minusvalía o limitación funcional, ya que triplicaban el riesgo de depresión, así como el déficit de apoyo social. <sup>16</sup>

Durante la vejez se presenta el mayor número de pérdidas (cónyuge, amistades trabajo rol en la familia y en la sociedad) determinan la activación de mecanismos de adaptación que cuando no son eficientes favorecen a una imagen pobre y sentimientos de inferioridad.

## JUBILACIÓN

Forma parte de las situaciones de cambio que se producen en esta etapa del ciclo, no tiene lugar adecuado para organizar su nueva vida, el hecho de permanecer en el hogar origina conflictos con su pareja, se asocia con el cierto número de pérdidas.

**-Pérdida de ingresos:** Menos ingresos cuando se jubilan que cuando se trabaja.

**-Pérdida de estatus:** La posición social se juzga en relación con el trabajo, al jubilarse se convierte para la sociedad en un anciano pensionista afectando a su entorno social como en su propia familia, es común que estos hechos se acompañen de una pérdida de autoestima.

**-Pérdidas de compañeros:** No solo se retiran de su trabajo, sino que pierden también parte de sus amigos y de sus relaciones sociales.

Pérdida de una ocupación ordenada y útil: El no ser útil, el perder esta rutina, supone un nuevo motivo de insatisfacción. <sup>20</sup>

La pérdida de estatus económico, la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad fomenta la frustración y los síntomas depresivos derivados de no poder cubrir las necesidades básicas

La percepción de las pérdidas depende de la capacidad de adaptación a la nueva situación y de las medidas que adopte para contrarrestarlas y de esta forma no ocasionar situaciones de estrés, ansiedad o depresión.

## DEPRESIÓN Y GÉNERO

Se debe evaluar la importancia relativa de los factores de riesgo desde diferentes dominios: aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales;

Factores de vulnerabilidad para depresión en las mujeres

- **Hipótesis del artefacto:** Llamada también como la hipótesis de los errores metodológicos en la recolección de datos, la cual refiere que las mujeres sobreinforman, los síntomas físicos y psicológicos y buscan más la asistencia médica; igualmente, los médicos tienden a pensar más en el diagnóstico de depresión en las mujeres. A diferencia de los hombres que reportan menos las quejas somáticas y psíquicas.
- **Factores genéticos:** Aunque la transmisión genética juega un papel importante en la etiología de la depresión, los investigadores han encontrado una similar heredabilidad en hombres y mujeres.
- **Ansiedad preexistente:** La mayor prevalencia de depresión en la mujer se explica por la preexistencia de trastornos de ansiedad, los cuales son aproximadamente dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres y vienen desde la infancia en la mayoría de los casos.
- **Socialización específica de género:** Familia y educadores tienen diferentes expectativas para los niños de ambos sexos, favoreciendo el desarrollo biopsicosocial de una persona, dichas diferencias conducen a que las mujeres sean más vulnerables a la depresión.
- **Acontecimientos vitales traumáticos:** Las diferencias de sexo en estos acontecimientos vitales también contribuyen a incrementar la vulnerabilidad a la depresión en las mujeres.

La historia de abuso sexual es mucho más común en mujeres que en hombres y es un mayor factor de riesgo para depresión que para otros trastornos psiquiátricos. Más del 60% de las mujeres abusadas desarrolla depresión a lo largo de su vida; el abuso sexual en la infancia y en la vida adulta tiene diferentes repercusiones en la salud mental de las víctimas,

Condición social y roles: carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales, profesionales y políticas, muchas de ellas realizan tareas dobles o múltiples en el seno del hogar y en el trabajo. El estatus socioeconómico de las mujeres ha sido propuesto como un factor que conduce a altas tasas de depresión. Una parte desproporcionada de la carga mundial de pobreza en el mundo descansa sobre los hombros de las mujeres y socava su salud física y mental. El 70% de los 1,2 billones de personas que viven en la pobreza son mujeres. En los hogares monoparentales suele ser la madre quien está a cargo, La mayoría de las mujeres realiza labores de menor jerarquía, trabajan en pequeños negocios, en labores domésticas o en la economía informal.

Un buen matrimonio, puede disminuir el riesgo de depresión en ambos géneros; sin embargo, las mujeres casadas continúan sosteniendo mayores tasas de depresión, y en un matrimonio infeliz las mujeres son más proclives a deprimirse que los hombres.

Las mujeres son más sensibles a los efectos del divorcio, respecto a lo cual demuestran altas tasas de depresión. <sup>21</sup>

Es importante resaltar que la mayor prevalencia de depresión en las mujeres no es explicada por las fluctuaciones hormonales asociadas al ciclo reproductivo (ciclo menstrual, posparto y climaterio), como se hace con frecuencia. No obstante que estas tienen un efecto en el estado de ánimo

Las mujeres y tienden a experimentar una mayor incidencia de depresión tanto por sus condiciones de género como sus opciones generacionales y las oportunidades del contexto del país. Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los varones de padecer depresión mayor. <sup>22</sup>

El curso y severidad de la depresión son similares en hombres y mujeres, no obstante, se reportan diferencias en las manifestaciones clínicas: mayor aumento de apetito, más ansiedad, enojo expresado y síntomas somáticos en las mujeres y menor número de accesos de llanto y reducción de la comunicación verbal en los varones. Las mujeres ocupan el mayor porcentaje en las poblaciones envejecidas. En países desarrollados, las mujeres pueden llegar a tener una esperanza de vida al nacimiento hasta siete años mayor que los varones. Las adultas mayores viven solas y pobres.<sup>22</sup>

### **DEMOGRAFÍA Y DEPRESIÓN.**

La incidencia de pobreza es mayor en ancianos de áreas rurales que en áreas urbanas, sin embargo en las sociedades industrializadas se generan eventos estresantes que por lo general el anciano no puede enfrentar (violencia, maltrato, discriminación, barreras arquitectónicas, etc.) que lo empujan a confinarse en su domicilio de modo que reduce la interacción social y la accesibilidad a recursos que pudieran ser fuente de satisfacción.<sup>23</sup>

### 1.1.7. FÁRMACOS QUE PROVOCAN DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ANCIANOS

Es importante ver la frecuencia en la que los ancianos toman dichos fármacos y la polifarmacia, también se debe de investigar el uso de fármacos de uso legal e ilegal, en la tabla se muestra algunos de los fármacos que pueden ser factores de riesgo de depresión en pacientes ancianos. <sup>20</sup>

**Cuadro 1. Fármacos que pueden provocar depresión en el paciente ancianos.**

Agentes Antineoplásicos	Alfametilodopa	Hormonas
Anfoterecina	B-Bloqueantes	Corticosteroides
Cicloserina	Clonidina	Hormonacorticotropa
Interferón	Guanetidina	Inmunosupresores
L-Asparagina	Hidralacina	Opiáceos
Procarbacina	Anti-Infeciosos	Psicofármacos
Vinblastina	Anti-Inflamatoios	Anfetaminas
Vincristina	Esteroides	Anticomociales
Agentes	Antiparkinsonianos	Barbitúricos
Antituberculosos	Amantadina	Benzodiacepinas
Alcohol	Levodopa	Neurolépticos
Anticonceptivos	Broncodilatadores	Antihipertensivos
Reserpina	Digital, Procainamida	

**Fuente 20** Chow Á, Alviso S, Enfermedades crónico-degenerativas y trastornos del estado de ánimo: comorbilidad, diagnóstico y tratamiento México Lundbeck 2009 p.107 – 113

### 1.1.8.- COMORBILIDAD MÉDICA DE LOS ADULTOS GERIÁTRICOS

#### -Patologías que afectan el sistema nervioso central y se asocian con depresión

En algún momento de evolución de la enfermedad como La demencia, la enfermedad vascular cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson.

**-Relación con enfermedades crónicas:** Las enfermedades crónicas empeoran el pronóstico de la depresión y ésta contribuye a empeorar el pronóstico de las enfermedades físicas, la interacción entre ambas es compleja y bidireccional. <sup>23</sup>

Se refiere a una pérdida de la capacidad funcional debido al envejecimiento de los distintos órganos y sistemas, además de la involución anatomofisiológica general que supondría la disminución de la percepción del entorno debido a la afectación de la sensibilidad táctil y de los sentidos de la vista y del oído <sup>24</sup>

De esta manera la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión.

La comorbilidad asociada es otro elemento a considerar que crea una interacción compleja entre la patología ya existente y las complicaciones derivadas del trastorno depresivo <sup>2</sup>

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognitivo tiene un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias, entre otras, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, mayor utilización de los servicios hospitalarios. La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala auto percepción de la salud.

Es conocida la relación entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes, quizá debido a cambios de naturaleza cuantitativa y cualitativa del sistema inmunitario. Existen similitudes entre la depresión y el síndrome geriátrico de fragilidad porque ambos se han asociado al proceso inflamatorio inducido por las citocinas.

El síndrome geriátrico de fragilidad es un concepto complejo. Sabemos que es una condición que aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia de los adultos mayores que puede presentar la compleja interacción de diferentes factores biológicos; también confluyen factores psicológicos cognitivos y sociales. <sup>24</sup>

También se deben considerar otras enfermedades psiquiátricas comorbidas, como trastornos de ansiedad, por abuso de sustancias o de personalidad. Los pacientes de trastornos de personalidad. Los pacientes con trastorno bipolar o trastornos psicóticos pueden tener humor deprimido <sup>25</sup>

**-Demencia y su relación con depresión:** En los ancianos merece especial atención con respecto a la precisión del diagnóstico que pueden simular entre sí <sup>26</sup>

Deterioro cognitivo y su relación con depresión son algunos de los problemas de salud mental importante. Ambas tienen consecuencias graves como la menor calidad de vida, detrimento funcional, incremento del uso de servicios y alta morbilidad y mortalidad, la aparición de deterioro cognitivo y depresión a menudo se producen juntos lo que sugiere una asociación estrecha y viceversa, la depresión precede al deterioro cognitivo en la vejez. En un estudio donde se siguieron a 500 personas ancianas se encontró con que el deterioro cognitivo está precedido de depresión en la vejez.

Depresión parece ser un síntoma concomitante de deterioro cognitivo en lugar de un factor de riesgo independiente. Por lo tanto cuidadores deben prestar especial atención a la detección temprana y el tratamiento de los síntomas depresivos en los ancianos<sup>24</sup>

### 1.1.9. CLASIFICACION DE LOS ANCIANOS POR GRUPOS DE EDAD.

En 1980 las Naciones Unidas fijaron los 60 y los 65 años como edades de transición al grupo de ancianos en los países en desarrollo y en los desarrollados respectivamente. Al tiempo que aumenta la esperanza de vida y son más numerosos los cohortes de los ancianos de mayor edad, se empieza a perfilar subgrupos más definidos, en la población de ancianos, las cuales son más importantes debido no solo a sus características fisiológicas sino también a las mentales y sociales.<sup>27</sup> Cuadro 2

**Cuadro 2. Clasificación de los ancianos por grupos de edad.**

<b>GRUPO</b>	<b>EDAD</b>
<b>Ancianos jóvenes</b>	<b>Menores de 74 años</b>
<b>Ancianos adultos</b>	<b>Entre 75 y 84 años</b>
<b>Muy viejos</b>	<b>Entre 85 y 99 años</b>
<b>Centenarios</b>	<b>Entre 100 y 105 años</b>
<b>Supracentenarios</b>	<b>Mayores de 105 años</b>

### 1.1.10. FAMILIA Y DEPRESION

Se encuentra en la quinta etapa del ciclo vital se inicia cuando se marcha del hogar el último de los hijos y sexta etapa tiene su punto de partida el fallecimiento de uno de sus cónyuges. Durante las mismas asistimos al final de la contracción y al inicio de la disolución de la familia.

Hay familias ancianas que pueden vivir felizmente aceptando con entereza su nueva adaptación. En la etapa final del ciclo vital familiar tiene como denominador común la producción de pérdidas tanto en lo referente al número de miembros, como funciones papeles y estatus. La contracción de la familia que camina a la disolución genera cambios en las funciones familiares, en esta etapa se hace una evaluación de los sueños y proyectos con lo que se ha alcanzado o realizado. en este periodo los hijos se convierten en los más importante situación que se acentúa con la tendencia de las personas mayores a restringir sus contactos sociales, esta situación puede ser fuente de grandes conflictos sobre todo en sociedades occidentales, poco respetuosas con las necesidades de los padres donde va siendo la regla considerar a los padres como una carga, el matrimonio aislado socialmente, alejado de sus parientes y amigos pueden vivir en los últimos años en una gran soledad que se hace aún más dramática cuando se produce el fallecimiento de uno de los cónyuges ,

Podemos decir que la soledad es uno de los factores más negativos con los que se enfrenta la pareja en esta fase de su ciclo, esta situación se agrava cuando se ha perdido al cónyuge o han fallecido alguno de sus amigos.

La muerte es un tema de reflexión común en la mente de los ancianos, las reacciones que se producen ante la pérdida del cónyuge es muy variable, en algunas personas disminuye el deseo y el interés por la vida, por este motivo el cónyuge que sobrevive corre un gran riesgo de morir durante el mismo año que se han producido la muerte del esposo, en otras, el trance es asumido sin graves traumas e incluso optan por volver a casarse,<sup>28</sup>

En familias extensas gran parte de estos conflictos no se producen, ya que la propia estructura familiar protege y facilita la cooperación entre sus miembros de la soledad que es un factor negativo al que se enfrenta la pareja en esta fase de su ciclo.

Etapa de desarrollo según Erik Erickson VIII etapa de adulto tardío de los sesenta años en adelante se llega al tema final del ciclo vital implica el desarrollo de una sabiduría y de una filosofía trascendente de la vida, si no se adquiere esta noción de integridad, la desesperación y el temor a la muerte se presentarán como resultado de una vida irrealizada<sup>29</sup>

### 1.1.11. RELIGIÓN Y DEPRESIÓN

La religión y una asociación con un grupo religioso organizado es un factor firme y positivo en la vida de muchos adultos.<sup>28</sup>

La religiosidad promueve conductas positivas para la salud y un estilo de vida saludable. Por ejemplo en los ancianos las creencias religiosas se asocian con disminución de actitudes suicidas, consumo de alcohol y estrés. La religión también se asocia con prohibiciones en el hábito de fumar, invitación a tener un buen estado físico y recibir consejería o apoyo socioemocional.

La religiosidad promueve mecanismos psicológicos adaptativos ante el envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento, se asocia con alta autoestima y deseo de vivir, esperanza, sentido de trascendencia o continuidad entre la vida y la muerte. La esperanza es un sentimiento esencial del ser humano, alimento del deseo de vivir, lo contrario la desesperanza se asocia con aumento de la mortalidad y con mala calidad de vida. No debemos despreciar sus creencias religiosas a la hora de tratar un paciente mayor.

La religiosidad se ha usado como complemento de la psicoterapia.

La religión provee soporte emocional y social; se sabe que cuando una persona percibe que tiene al alcance el apoyo de otros, eso contribuye a darle mayor esperanza, y es esencial para la salud. La fe se considera otro componente esencial del ser humano, la religión y el optimismo pueden actuar sobre centros cerebrales asociados con el bienestar y producir relajación mental.

Al saber que la religión es importante para los ancianos, y que producen muchos beneficios por ello, explorar y entender la religiosidad de los ancianos es una tarea esencial en la práctica geriátrica.<sup>28</sup> Se ha asociado con mejor estado de salud, la participación en la actividad religiosa es un factor protector vs suicidio en la vida final se asocia a una menor incidencia de la depresión en la vida final en los adultos mayores que desarrollan depresión tiene una remisión rápida y tiene menos recaídas.

Algunos pacientes pueden tener creencias espirituales que no usen prácticas religiosas tradicionales, también los cuidadores y los miembros de familia de los adultos mayores, se benefician de la participación en las actividades religiosas.<sup>30</sup>

El estudio ecológico multinacional EURODEP encontró que la práctica religiosa se asocia con menos depresión en los ancianos europeos, los mecanismos de protección no son bien conocidos.<sup>6</sup>

### 1.1.12. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Los síntomas depresivos se pueden reunir en cuatro grupos como se muestra en la figura 1. <sup>14</sup>

**Figura 1. Síntomas depresivos**

Fundamentales	Síntomas biológicos o somáticos
Estado de ánimo. -Tristeza -Irritabilidad Anhedonia.	Alteraciones del sueño. Alteraciones del apetito /peso. Fatigabilidad, astenia. Alteraciones sexuales. Quejas somáticas.
<b>DEPRESIÓN</b>	
Alteraciones cognitivas. -Atención/concentración. -Memoria. <sup>12</sup> Alteraciones psicomotoras. Descuido en el cuidado personal.	Ideas relacionadas con: -Fracaso, Culpa. -Desesperanza Ruina Catástrofe. -Inutilidad, Enfermedad. -Muertes, suicidio. <sup>5</sup>
Alteraciones del comportamiento	Pensamientos

**Fuente:** 14.-Lou Arnal Manual CTO de Medicina y Cirugía editorial Mc Graw-Hill; 7 ed. 19 Psiquiatría p. 1361 a 1375

### 1.1.13. DIAGNOSTICO- CRITERIOS DSM-IV

El diagnóstico es clínico, puesto que no existe algún marcador biológico o prueba 100% específica para hacerlo. En los pacientes geriátricos la sintomatología depresiva frecuentemente no alcanza a cumplir con los criterios de depresión instaurados por el DSM- IV <sup>14</sup>. El diagnóstico de la depresión senil sigue siendo fundamentalmente clínico, el cual se basa, a su vez, en la anamnesis y en la exploración del paciente para identificar los síntomas. Cuadro 3

<b>Cuadro 3. Historia clínica: Antecedentes de interés</b>
--

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Antecedentes heredofamiliares<ol style="list-style-type: none"><li>a. Historia familiar de depresión, otros trastornos psiquiátricos o ambos.</li></ol></li><li>2. Antecedentes personales no patológicos.<ol style="list-style-type: none"><li>a. Personalidad premórbida.</li><li>b. Nivel de funcionalidad social y laboral previos</li><li>c. situación socioeconómica previa y actual.</li></ol></li><li>3. Antecedentes personales patológicos<ol style="list-style-type: none"><li>a. historia personal de depresión, otros trastornos psiquiátricos o ambos.</li><li>b. Abuso de sustancias</li><li>c. Respuesta a tratamiento psiquiátricos previos.</li></ol></li></ol> |
|--|

Historia Clínica: Padecimiento actual
---------------------------------------

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Inicio de la sintomatología<ol style="list-style-type: none"><li>Precoz o tardío</li><li>Evolución</li><li>Respuesta actual</li></ol></li><li>2. otros trastornos coexistentes, médicos, psiquiátricos o ambos.</li><li>3. Tratamientos actuales médicos, psiquiátricos o ambos</li></ol> |
|--|

**Fuente:** 23.- Becerra M. Sosa A.L. Práctica de la Geriátria. **Neuropsicogeriatría.** Trastornos de estado de ánimo en los ancianos. Moderno 1999 62; 416 - 425.

El DSM-IV clasifica los trastornos del estado de ánimo, o que tiene como característica principal una alteración del humor. Los cuales se han de comprobar que no se deben a una enfermedad orgánica o a la ingestión de sustancias. Los trastornos depresivos comprenden:

**Trastorno depresivo mayor:** se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos de al menos dos semanas de duración acompañado como mínimo de otros cuatro síntomas depresivos. **Tabla 2**

**Trastorno sistémico:** Se caracteriza por su duración, de al menos dos años, en los cuales el estado depresivo predomine sobre la normalidad.

**Trastorno depresivo no especificado:** Reúne las características anteriores.

<b>Cuadro 4. Criterios diagnósticos de depresión DSM-IV <sup>31</sup></b>
---

**A.** Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las mismas semanas de las siguientes por lo menos dos semanas

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Anhedonia.
3. Disminución o aumento del peso o del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
6. Astenia (sensación de debilidad física).
7. Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
8. Disminución de la capacidad intelectual.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

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

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

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

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

**Fuente 31** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR TH ED. Washington, D.C .: American Psychiatric Association,2000: 323-330

### **1.1.13.1. DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIATRICO.**

Existen diferentes subtipos de depresión en geriatría con características clínicas que los distinguen entre si y también de la depresión presente en los adultos jóvenes. Entre otras causas, la depresión en los ancianos puede ser el síntoma inicial de un proceso demencial o la expresión de una enfermedad cerebrovascular.<sup>32</sup>

En los pacientes geriátricos la presencia de sintomatología depresiva reportan una prevalencia más elevada que cuando se usan los criterios clásicos del DSM-IV ya que un número alto de individuos con síntomas depresivos, como pobre energía, o concentración, o trastornos del sueño, o del apetito, no llegan a cumplir los criterios ni siquiera de depresión menor.

Los estudios epidemiológicos sugieren que los síntomas menores de depresión son más prevalentes en la tercera edad que depresión mayor o una distimia.

En el adulto mayor la enfermedad cubre una gran variedad de síntomas desde un sentimiento de tristeza, inutilidad desanimo hasta la afectación del desempeño físico y social <sup>2</sup> con esos rasgos depresivos aun sin cumplir los criterios clásicos de depresión experimentan una discapacidad psicológica importante, aumentan la utilización de recursos médicos y tienen frecuentemente conductas suicidas, lo que lleva a la necesidad de caracterizar mejor su clínica y ahondar en sus bases fisiopatologías para poder generar políticas preventivas de salud en la tercera edad <sup>23</sup>

Por lo tanto es indispensable tener en cuenta las siguientes consideraciones en pacientes geriátricos:

1. Los trastornos del humor pueden manifestarse en todas sus modalidades, aunque matizados por características particulares propias de este grupo, como en los pacientes deprimidos que manifiestan somatización y alteraciones de la cognición.
2. Con frecuencia presentan comorbilidad crónica incapacitante que puede confundirse con síndromes depresivos o coexistir con ellos.

En base en la elevada frecuencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores, es necesario realizar sistemáticamente: un examen mental, una evaluación propositiva del efecto, con las manifestaciones clínicas propias del síndrome depresivo.

Por ejemplo, diagnosticar anergia o inhibición psicomotriz no es fácil porque el menor nivel de actividad puede relacionarse con el paso de los años, un cambio reciente o una sensación constante de agotamiento, incluso en periodos de descanso, con frecuencia son indicadores certeros, el menos disfrute de las situaciones (Anhedonia) no debe considerarse como un estado normal en los ancianos. Por lo cual es útil identificar primero los aspectos de la vida que el paciente solía disfrutar y después interrogarlo respecto de su capacidad de disfrute actual de dichas situaciones.

En relación al insomnio, es importante tener presente que el anciano necesita menos horas de sueño. Por lo cual resulta indispensable realizar un interrogatorio acerca de los antecedentes y de su padecimiento actual.<sup>22</sup>

El diagnóstico se ve dificultado por la creencia de que a cierta edad es normal presentar “melancolía”, por las frecuentes quejas funcionales del envejecimiento normal y por la atipicidad de los rasgos psiquiátricos

Para obtener la información necesitamos realizar una correcta anamnesis que permita detectar los síntomas y signos del trastorno morboso. El arte de una buena anamnesis no es fácil de adquirir especialmente cuando se entrevistan a ancianos ya que pueden presentar dificultades en el reconocimiento y en la expresión de sus emociones. Es posible encontrar obstáculos en la comunicación de los síntomas por parte del paciente. En ocasiones, los individuos de edad tienen una percepción diferente de su salud mental y la clínica depresiva puede ser valorada y asumida por ellos mismos como fenómenos propios de su envejecimiento.

En otros casos, aunque el individuo valore sus síntomas como patológicos, una especie de vergüenza les impide manifestarlos como tal. Cierta pudor les impide esta comunicación hasta el punto de que, con frecuencia, las personas de edad con depresión contactan con su médico por la existencia de síntomas somáticos pero no por los afectivos. En otras ocasiones, los que no valoran la clínica de forma adecuada son las personas del entorno familiar que minimizan la sintomatología, por lo que no propician la petición de ayuda médica.

A esto se le añade la fácil y errónea adscripción de los síntomas a un cuadro somático intercurrente. Los cuadros depresivos coexisten en la mayoría de los ancianos con patología somática y/o con tratamientos farmacológicos, lo que hace que con facilidad, el propio paciente, la familia o incluso el médico, atribuyan dicha clínica al cuadro somático.<sup>33</sup>

### **1.1.13.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Diagnosticar depresión en adultos mayores es un reto debido a múltiples enfermedades comorbidas, de tal forma que paciente con deterioro cognitivo leve puede tener síntomas depresivos, la pérdida de un ser querido se manifiesta con humor deprimido que puede ser normal, si los síntomas perduran por más de 2 o 3 meses se debe considerar un diagnóstico de depresión mayor.

Los pacientes geriátricos que sufren delirio causado por un padecimiento médico subyacente pueden tener cambios de humor.

También deben considerarse otras enfermedades psiquiátricas comorbidas, como trastornos de la ansiedad, por abuso de sustancias o de personalidad. Los pacientes con trastorno bipolar o trastornos psicóticos pueden tener humor deprimido, por tanto es importante preguntarles a los pacientes de episodios maníacos previos alucinaciones o delirios.

La fatiga y la pérdida se pueden relacionar con diabetes mellitas, enfermedad tiroidea, malignidad subyacente o anemia, los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden presentar primero humor deprimido o afecto aplanado, los trastornos del sueño debidos al dolor, nicturia o a la apnea del sueño también pueden ocasionar fatiga diurna y humor deprimido<sup>33</sup>

### **1.1.14. RELACIÓN DE SUICIDIO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS.**

También se ha descrito un posible incremento de mortalidad en los ancianos depresivos. No está claro cuál podría ser la causa<sup>16</sup> El más aceptado en la actualidad es que el posible aumento de mortalidad este causado por el mayor riesgo en pacientes deprimidos de deterioro cognitivo, al menos entre los hombres, cuyo origen podría ser o no cardiovascular<sup>23</sup>

El suicidio también es factor de preocupación en cualquier depresión y, lógicamente, en el anciano. Se ha descrito que más del 15% de los ancianos depresivos ha descrito que no valía la pena vivir cuando ha sido entrevistado, pero sólo el 3% ha manifestado francas ideas suicidas. Uno de los factores de riesgo en estudios sobre el tema orientan a que el riesgo es mayor a mayor cociente intelectual (CI) del paciente, siendo necesario un CI >70 como mínimo para que aparezca el riesgo suicida<sup>16</sup>. Los factores de riesgo más asociados a suicidio en la depresión en ancianos se resumen en el **cuadro 5**

<b>Cuadro 5. Factores de riesgo asociados a suicidio en depresión en pacientes ancianos.</b>
--

- Enfermedades físicas (El más importante)
- Aislamiento social
- Pérdidas, sobre todo del cónyuge
- Problemas económicos
- Problemas en las relaciones interpersonales
- Malos tratos

El suicidio cumplido es mayor en los hombres mayores

Guías clínicas para el tratamiento de los pacientes que se considera que corren el riesgo de cometer suicidio

**Riesgo alto** se deben de hospitalizar especialmente si tienen estrés psicológico.

**Riesgo moderado** se indica tratamiento ambulatorio siempre que tengan apoyo social o una supervisión adecuada

**Bajo riesgo** deben tener una evaluación psiquiátrica

Los médicos deben de reconocer la necesidad de individualizar y sospechar en cada paciente el riesgo suicida. <sup>34</sup>

## **1.1.15. TRATAMIENTO**

### **1.1.14.1. LAS REDES DE APOYO**

Es un grupo de contactos que dan identidad a los individuos apoyo de diferentes tipos e influyen en la búsqueda de ayuda. La primera fuente de ayuda es la familia, cuyas características e historia influyen en la presencia de factores protectores de la salud o de riesgo para enfermar.

En pacientes de la tercera edad, la familia suele ser la principal fuente de apoyo, en ocasiones la pareja es el principal fuente de ayuda y un factor de protección para la salud, en algunos de los casos el paciente anciano es cuidador de alguno de sus padres lo que muestra un fenómeno reciente en el que “los viejos son cuidados de viejos”, el principal tipo de apoyo que aporta la red familiar es el emocional, seguido del material y de información; en la tercera edad el valor del apoyo emocional es equivalente o mayor que el apoyo material.<sup>35</sup>

Según el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento las personas mayores que viven solas o en familias sin la generación intermedia tienden a constituir un grupo especialmente desfavorecido. Las mujeres mayores son las que se encuentran con más frecuencia en esta situación. En los países más desarrollados las personas mayores suelen pasar por un período de “nido vacío”. En esos países, el porcentaje de personas mayores que viven con sus hijos disminuye a medida que aumenta la edad los hijos más jóvenes crecen y abandonan el hogar. En cambio, en muchos países en desarrollo el porcentaje de personas de edades avanzadas que viven con sus hijos sigue siendo elevado y compartir la residencia con los hijos es una red de apoyo importante<sup>36</sup>

También existen redes sociales informales extrafamiliares, cuyo principal valor es la solidaridad, como las amistades, los vecinos, compañeros de trabajo, grupos de autoayuda, y las redes sociales formales de una comunidad se rigen con normas delimitadas y son de acceso restringido.<sup>35</sup>

#### 1.1.14.2 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

**Asociación americana de psiquiatría (APA), Divide al tratamiento en dos fases:**

##### **FASE AGUDA**

Iniciar el tratamiento farmacológico, así como un posible tratamiento de psicoterapia según la evolución clínica: La mayor parte de los pacientes se recomienda siempre como primera línea de tratamiento el uso de antidepresivos

Para la elección del fármaco antidepresivo se tiene que tomar en cuenta los factores colaterales del fármaco así como sus posibles interacciones con otros medicamentos que el paciente probablemente este tomando, fármacos con un pobre perfil de efectos colaterales, así como una baja tasa de abandono como escitalopram, citalopram y la Sertralina son buenas opciones para el tratamiento de primera línea.

En caso de no haber una adecuada respuesta al tratamiento se recomienda el incremento de dosis o el uso de medicamentos que pueden potenciar el efecto antidepresivo hasta que el paciente alcanza criterios de remisión que consiste en una medición de  $\geq 10$  puntos en la escala de Halminton.

**-FASE DE CONTINUACIÓN:** 16 a 20 semanas después de que el paciente alcanza criterios de remisión.

Fase de mantenimiento el objetivo es prevenir al paciente de futuras recaídas de un cuadro depresivo, se evalúa la disminución de la dosis requerida.

##### **ANTIDEPRESIVOS.**

El objeto del tratamiento con antidepresivos es la remisión de los trastornos depresivos, la eficacia puede variar en algunos subgrupos de pacientes en función de la estructura de su personalidad, los antidepresivos se diferencian por la variedad y magnitud de los efectos secundarios.<sup>37</sup>

**Cuadro 6. Antidepresivos Tricíclicos (ADT)**

<p>Imipramina, amitriptilina y clomipramina <sup>14</sup>  Aminas secundarias (nortriptilina, desipramina) ofrecen efectos benéficos a los pacientes con dolor neuropático, inestabilidad detrusora o insomnio. <sup>44,48</sup></p>		
<b>Mecanismo de acción</b>	<b>Efectos secundarios</b>	<b>Otros efectos</b>
<p>Inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina.  Bloquean los receptores de neurotransmisores (anticolinérgicos muscarínicos, histaminérgicos, adrenérgicos)</p>	<p>-Hipotensión ortostática. -Anormalidades en la conducción cardiaca que ocasionan arritmias, (realizar electrocardiograma y vigilar retraso en la conducción, como un bloqueo atrioventricular de primer grado o un bloqueo en rama.  -Taquiarritmias: Taquicardias  -Alteraciones en la conducción: Prolongación del intervalo PR. QRS y QT <sup>14</sup>  Alta frecuencia de efectos secundarios anticolinérgicos. <sup>14</sup>  Centrales: Confusión, trastornos de memoria, psicosis atropínica.  Periféricos:(visión borrosa, midriasis, boca seca, estreñimiento, inhibición de la eyaculación y retención urinaria, contraindicados en glaucoma de ángulo cerrado e hipertrofia prostática.  Evitar el uso con otros fármacos con potencial anticolinérgico (antihistamínicos anti-colinérgicos) <sup>14</sup>  Son mortales en sobredosis y se deben evitar en pacientes activamente suicidas <sup>4</sup>  Nortriptilina tienen menos efectos anticolinérgicos <sup>14</sup></p>	<p>Aumento de peso y de apetito (efecto antihistamínico) trastornos gastrointestinales. <sup>14</sup></p>

**Cuadro 7. Inhibidores selectivos de la recaptura de Seratonina (ISRS)**

Son los más utilizados en el tratamiento del trastorno depresivo mayor primario y comórbido a los padecimientos crónicos degenerativos.<sup>39</sup>

Están indicados en pacientes que comienzan con episodios depresivos graves y no tienen ninguna enfermedad grave que los contraindique, debe de vigilarse los efectos anticolinérgicos la dosis indicada será la mitad de la dosis que se indica un adulto joven y el aumento al principio del tratamiento se recomienda que sea lento y progresivo, lo que mejora la tolerancia del paciente a los efectos adversos y al grado de cumplimiento

Son seguros y no se sabe de efectos cardiacos adversos por lo tanto son de primera elección para pacientes geriátricos deprimidos.

<p>Sertralina, citalopram y escitalopram con menos interacciones farmacológicas y menor inhibición del sistema P450, se indican en ancianos y en enfermos polimedicados.<sup>21</sup>                  Paroxetina y fluvoxamina son algo más sedantes.                  Se evita la fluoxetina por su larga vida media e inhibición del sistema P450.</p>		
<b>Mecanismo de acción</b>	<b>Efectos secundarios</b>	
Inhibidor selectivo de la receptación de seratonina que produce un aumento de la neurotransmisión seratoninérgica. <sup>7</sup>	Gastrointestinales (nauseas vómito, anorexia, diarrea) frecuentes, pero transitorios. Disfunciones sexuales. Inquietud, ansiedad, insomnio y síndrome de piernas inquietas. Síntomas extrapiramidales (en pacientes predispuestos): temblor, acatisia. Síndrome seratoninérgico: Poco frecuente salvo que se combinen fármacos con efectos sobre la seratonina (ISRS, IMAOS, Litio, triptófano) se presentan síntomas digestivos, alteraciones vegetativas (hipertemia, sudoración) y síntomas neurológicos (temblor, hiperreflexia, agitación, confusión)	sertralina, dada su estrecha unión a las proteínas plasmáticas, puede modificar los niveles plasmáticos de otros compuestos que también se unan estrechamente a estas proteínas (warfarina, digoxina, etc.).

**Cuadro 8. Nuevos antidepresivos (IRSN)**

Venlafaxina: (IRSN) Inhibidor selectivo de la receptación de seratonina y noradrenalina mayor	Venlafaxina: (IRSN) Inhibidor selectivo de la receptación de seratonina y noradrenalina mayor eficacia y mayor rapidez de acción, puede aumentar la presión arterial diastólica. <sup>7</sup>
Duloxetina:(IRSN) Autorizado en el dolor neuropático en diabetes y para incontinencia urinaria.	Duloxetina:(IRSN) Autorizado en el dolor neuropático en diabetes y para incontinencia urinaria.
Reboxetina:(ISRN) Inhibidor selectivo de la receptación de noradrenalina, son útiles en pacientes que no toleran los ISRS.	Reboxetina:(ISRN) Inhibidor selectivo de la receptación de noradrenalina, son útiles en pacientes que no toleran los ISRS.

<b>Cuadro 9.Otros fármacos que ofrecen ventajas únicas</b>		
<b>Mecanismo de acción</b>	<b>Efectos secundarios</b>	<b>Otros efectos colaterales</b>
Mirtazapina	Estimula el apetito y ayuda a tratar el insomnio.	fármaco está especialmente indicado en pacientes que reciban politerapia, ya que casi carece de actividad sobre el citocromo P <sub>450</sub> , Lo que evita posibles interacciones con otros fármacos que esté tomando el anciano.
Psicoestimulantes Dextroamfetamina (5 a 10 mg/día) o metilfenidato (2.5 a 5 mg/día)	Efectivos en cuestión de horas. Mejorar la recuperación y participación en la rehabilitación,	Insomnio y agitación, (disminuyen con fármacos tomados temprano, otro efecto colateral es taquicardia <sup>38</sup>

14.-Lou Arnal Manual CTO de Medicina y Cirugía; Madrid editorial Mc Graw-Hill 7 ed. 19 p. 1361 a 1375

En conclusión se recomienda iniciarlo en personas de edad avanzada a una dosis baja, ajustándola con lentitud hasta la dosis completa y continuar con un ciclo prolongado (9 semanas) antes de intentar con otro medicamento diferente

### 1.1.16. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La psicoterapia es útil, tanto para explicar el proceso al paciente como para mejorar la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte de la familia, las técnicas cognitivas y la psicoterapia interpersonal son eficaces.

<b>Cuadro10. Principales factores de riesgo de depresión crónica en el anciano. <sup>23</sup></b>
---

- Depresión inicial más grave
- Duración de la depresión mayor de 2 años
- Recuperación lenta desde el principio
- Historia previa de episodios depresivos/distimia
- Síntomas psicóticos
- Enfermedad cerebral asociada/Enfermedad orgánica
- Escasas relaciones sociales/apoyo social
- Ser víctimas de un acto criminal

## 1.2. ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

50% de las personas que reciben tratamiento en el primer nivel de atención presentan algún trastorno mental, porcentaje tres o cuatro veces superior al observado en comunidad, siendo la depresión el problema más importante, por lo tanto, los servicios del primer nivel son considerados como idóneos para la atención de la depresión, sin embargo datos de investigación muestran que, un alto porcentaje de estos casos no es detectado ni tratado, entre los factores responsables del subtratamiento están:

1.-A menudo los pacientes no reportan los síntomas a su médico ya que tienen poca comprensión y conciencia de los trastornos mentales.

2.- diagnóstico puede dificultarse por la variabilidad en las manifestaciones de los trastornos, que además se complican con la comorbilidad.

3.-es frecuente que los médicos no reconozcan los trastornos mentales, tengan escasa preparación para tratarlos favoreciendo la presencia de polifarmacia, principalmente en mujeres<sup>39</sup>

Para la adecuada atención de la depresión se ha sugerido poner a prueba modelos innovadores de atención de la salud mental, que incluyan tratamientos psicosociales y equipos de médicos generales y profesionales de la salud mental, así como una visión multifactorial de la depresión.<sup>22</sup>

### RAZONES PARA EL INFRADIAGNÓSTICO E INFRATRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN (DAVIDSON 1999):

**Por parte del médico:** Formación en diagnóstico y tratamiento de la depresión, habilidades de manejo de pacientes con trastornos emocionales, no considerar la depresión como una enfermedad real,

**Por parte del paciente:** No reconocer que se padece depresión, los síntomas inducen pasividad, el estigma que supone el diagnóstico, incumplimiento terapéutico.

**Por parte del sistema sanitario:** No reconocer la naturaleza crónica y recurrente del trastorno, dificultades para acceder a recursos especializados en salud mental.<sup>22</sup>

### **1.3. PRONOSTICO**

La depresión es una enfermedad crónica o recurrente, y remitente. La mayor severidad de la depresión, la persistencia de síntomas, y una cantidad más elevada de episodios previos, son los mejores predictores de recurrencia. El riesgo permanente de suicidio en pacientes con depresión mayor es de 7% para varones y el 1% para mujeres <sup>3</sup>

### **1.4. ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA VERSION 15 ITEMS (GERIATRIC DEPRESSION SCALE GDS-15)**

Diseñada por Brink y Yesavage en 1982, para evaluar el estado afectivo de los ancianos.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, eliminada los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. <sup>40</sup>

González F. (1988) quien realiza los primeros estudios de validación, pero introdujo modificaciones sustanciales que desnaturalizaban la versión original (la redujo a 20 ítems y transformó la escala de respuesta). Una segunda adaptación al castellano fue validada por Ramos-Brieva y cols (1991) y Salamero y cols (1995).

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada.

Su contenido se centra en aspectos cognitivo

## **INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA VERSIÓN 15 ÍTEMS (GERITRIC DEPRESSION SCALE GDS-15).**

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte

- No depresión 0-5 puntos
- Probable depresión 6-9 puntos
- Depresión establecida 10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión. Sin embargo, son necesarios más estudios para adaptar la escala y sus puntos de corte a nuestro medio, con especial referencia a las versiones reducidas.

### **Propiedades psicométricas**

La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 92 % y una especificidad algo menor, entre el 89 % (13), para el punto de corte  $\geq 6$ ; puntos de corte más altos ( $\geq 10$ ), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad (92 % y 72 %, respectivamente, en el estudio de Emerson L.).

En los estudios realizados en nuestro país, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 92 % y especificidad del 89 % para el punto de corte  $\geq 5$  (18)

En general, no está bien establecida su validez para evaluar ni la severidad de la depresión ni los cambios evolutivos o la respuesta al tratamiento. En pacientes con deterioro cognitivo hay datos contradictorios sobre si su validez puede verse o no disminuida.

La justificación para proponer la utilización de la GDS, es que elimina las preguntas sobre síntomas somáticos muy frecuentes en las personas mayores y facilita la comprensión de la escala al permitir responder únicamente si / no. Cabe pensar que la escala de Beck es más cualitativa y la GDS más cuantitativa y que al utilizar ésta última lo que ganamos en especificidad lo perdemos en sensibilidad.

Nunca las pruebas psicométricas deben suponer un diagnóstico, pero sí deben ser un elemento orientativo para una valoración más profunda o para una valoración especializada. <sup>41,42</sup>

## 1.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la OMS, el 25% de la población geriátrica presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico; como la depresión. Sin embargo, la prevalencia de la depresión en el anciano varía enormemente dependiendo de las circunstancias; el subdiagnóstico de ésta conduce a una mala evolución de otras complicaciones médicas que secundariamente, impactan considerablemente en el consumo de recursos sanitarios.

Diversos son los factores sociodemográficos y culturales de riesgo identificados en la depresión geriátrica entre ellos la mayor edad, género, religión, nivel educativo, tipo de familia a la cual pertenece, no estar casado, vivir solo o divorciado, comorbilidad con enfermedades crónico degenerativas y pobre apoyo social

La literatura menciona que algunos factores sociodemográficos confluyen principalmente en pacientes del género femenino porque la mayoría realiza labores de menor jerarquía, trabajan en pequeños negocios, en labores domésticas o en la economía informal, con un nivel educativo bajo, Carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales y políticas.

por lo tanto se incrementa más la probabilidad de padecer depresión.

Conocer estos factores de riesgo permitirá establecer pautas diagnóstico oportuno así como terapéuticas que lleven a los afectados a lograr una mejor calidad de vida.

Por lo que las Instituciones de seguridad social deben implementar estrategias de salud dirigidas a la proporcionar un apoyo integral a su población geriátrica, lo que se traducirá a mediano y a largo plazo en optimización de los recursos, por lo que el presente proyecto pretende dar respuesta a la siguiente pregunta.

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la presencia de depresión en pacientes geriátricos adscritos al Consultorio de San José del Rincón del ISSEMYM?

## 1.6. JUSTIFICACIÓN

La finalidad de este trabajo es demostrar las características sociodemográficas que se asocian a la presencia de depresión en la población geriátrica.

Generalmente, los síntomas de la enfermedad depresiva no son bien reconocidos en el primer nivel de atención, tanto por el médico como por el paciente. Si no se trata adecuadamente a los pacientes con enfermedad depresiva, esto puede llevar a un enfermo a una discapacidad grave, a su muerte por suicidio, al aumento de los costos del cuidado de la salud, al sufrimiento del paciente y de su familia.

Los médicos de primer nivel somos pieza clave en la evaluación en el estado mental de las personas mayores por lo cual es prioridad la detección oportuna, identificando los factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores con la finalidad de revertir la aparición de complicaciones graves; así como disminuir la incidencia de otras complicaciones médicas asociadas a la comorbilidad de la población que se traducirá en la disminución en el consumo de los recursos sanitarios.

El estigma que existe sobre las enfermedades psiquiátricas puede hacer que los pacientes no admitan la posibilidad de sufrir depresión y traten de esconder los síntomas a sus familias y médicos.

La depresión es una de las principales enfermedades psiquiátricas en los pacientes geriátricos cuyas características tienen un componente crónico y recurrente. La depresión se encuentra en aumento debido a que nuestra población está envejeciendo; la mayoría de las veces no se diagnostica en la consulta puesto que se da prioridad a otras patologías que se consideran más apremiantes en ese momento.

La depresión es una experiencia cercana en la mayoría de los seres humanos, es importante evaluar el estado mental de las personas mayores tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo e identificando los factores de riesgo sociodemográficos.

Este estudio no tiene precedentes en la unidad. La detección no es costosa para la institución, es práctica y se pudo aplicar en el consultorio por el Médico Familiar mediante la escala de depresión geriátrica Yesavage GDS-15 en los 157 pacientes geriátricos adscritos a la unidad con la finalidad de identificar la presencia de depresión e identificar los factores sociodemográficos.

De esta manera mejorará la calidad de vida de nuestros pacientes geriátricos y de sus familias, teniendo como base la orientación preventiva como prioridad del Médico Familiar.

## **1.7. OBJETIVOS**

### **1.7.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores sociodemográficos que se asocian a la presencia de depresión en la población geriátrica del Consultorio de San José del Rincón del ISSEMYM.

### **1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**1.7.2.1** Identificar la incidencia de depresión en la población geriátrica del Consultorio de San José del Rincón del ISSEMYM.

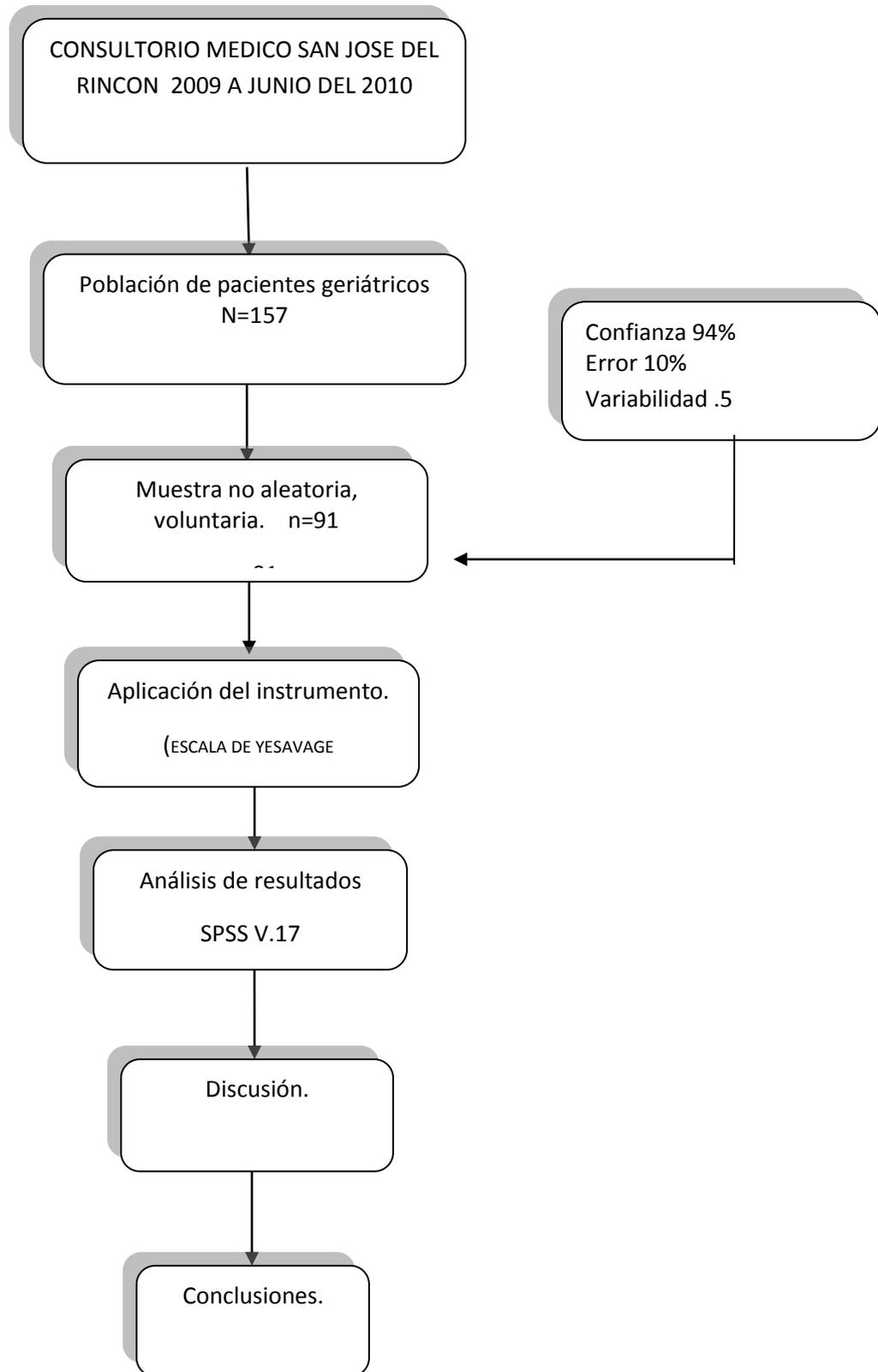
## **2. MATERIAL Y METODOS**

### **2.1. TIPO DE ESTUDIO.**

Observacional, descriptivo y transversal

## 2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Figura 2. Diseño de investigación de estudio.



### **2.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.**

Existe un total 157 de pacientes geriátricos los cuales se les aplico el cuestionario a 99 pacientes geriátricos mayores de 60 años, con o sin alguna enfermedad crónica que acudieron a consulta en el Consultorio Médico de San José de Rincón ISSEMYM en el periodo comprendido de junio 2009 a marzo 2010.

### **2.4. MUESTRA.**

Se trata de una muestra no aleatoria, la cual consta de 99 pacientes geriátricos derechohabientes de la Consultorio Médico de San José de Rincón basado en la fórmula para poblaciones menores de 10,000.

### **2.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes que aceptaron participar en este estudio.

Pacientes de sexo masculino de o femenino, de 60 años a 88 años

Que sea derechohabiente adscrito al Consultorio Médico San José del Rincón.

Pacientes con o sin enfermedades crónica que sean derechohabientes del ISSEMYM

#### **2.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes con deterioro cognitivo grave o demencia,

Pacientes con diagnóstico de depresión.

Pacientes que estén en tratamiento con fármacos que pueden contribuir con un cuadro clínico parecido de depresión como: benzodiazepinas, cimetidina, corticoesteroides y clonidina.

No haber aceptado participar en el estudio.

No ser derechohabientes del ISSEMyM.

#### **2.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

Pacientes que no completaron el total de las respuestas del instrumento aplicado.

Cuestionarios mal llenados e ilegibles

## 2.6. VARIABLES

### 2.6.1.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO Y ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR
<b>Edad</b>	Cuantitativa continua	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona	a) números enteros.  Ficha de identificación
<b>Sexo</b>	Cualitativa Nominal	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en el proceso de reproducción	a)Femenino  b)Masculino  Ficha de identificación
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa Nominal	Definido como el estado y situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones para con la pareja	Soltero  Casado  Unión libre  Divorciado  Viudo
<b>Ocupación</b>	Nominal	Se refiere a la actividad productiva que desempeña al momento de realizar el estudio.	Campesino  Empleado  Jubilado  Comerciante  Servidor público  Al hogar
<b>Escolaridad:</b>	Nominal	Se refiere al grado máximo de estudio en base al sistema nacional de Educación de la Secretaría de educación Pública.	Ficha de identificación
<b>Tipo De Enfermedad Médica</b>	Nominal	Se refiere si padece o no una enfermedad crónica degenerativa como hipertensión arterial y diabetes mellitus.	Ficha de identificación

<b>Escala De Yesavage</b>	Cualitativa Ordinal	Escala de depresión geriátrica Yesavage 15 items Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria.	<b>No depresión.</b> 0 a 5 puntos <b>Probable depresión.</b> 6 a 9 puntos <b>Depresión establecida.</b> 10 a 15 puntos

## 2.7. DISEÑO ESTADÍSTICO

### 2.7.1 PROPÓSITO ESTADÍSTICO DE LA INVESTIGACIÓN

Identificar los factores socioculturales y demográficos que se asocian a la presencia de depresión en pacientes geriátricos mayores de 60 años.

Se investigó un grupo de pacientes que acudieron a consulta derechohabientes del ISSEMyM

### 2.8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Consto de dos secciones, a través de una entrevista directa.

Secciones	Nombres	Número de variables
Sección 1	Ficha de identificación	7
Sección 2	<b>Escala de depresión geriátrica (Yesavage)</b> <b>15 ítems</b> Cuestionario de respuestas dicotómicas si / no.	Rango 0-15 <b>No depresión</b> 0-5 puntos <b>Probable depresión</b> 6-9 puntos <b>Depresión establecida</b> 10-15 puntos

## **2.9. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

1.- Se invitó a participar a los pacientes derechohabientes geriátricos mayores de 60 años de edad que acudieron a Consultorio Médico de San José del Rincón, para la inclusión en el estudio.

2.-Con la autorización se les explica acerca de la realización de dicho estudio y de la escala de depresión geriátrica (Yesavage).

3.-Se solicitará la hoja de consentimiento informado

4.-Se llena la cedula de identificación y se aplica la escala de depresión geriátrica (Yesavage) en una sola ocasión a partir del mes de junio del 2009.

5.-Se codifican los datos

6.-La información se almaceno en una base de datos SPSS versión 17

## **2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS**

1.-En la aplicación de la escala de depresión geriátrica (Yesavage) el investigador no inducirá a los pacientes a ninguna respuesta.

2.-El investigador estará presente en la resolución de la escala de depresión geriátrica (Yesavage) para resolver dudas en lo pacientes.

3.-Al concluir la encuesta el investigador verificara que el llenado sea completo y correcto del instrumento aplicado.

## **2.11. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.**

Se asignaron códigos alfanuméricos en la codificación de los datos en la base electrónica. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el software SPSS por Windows versión no.17 Las variables que así lo ameritaron fueron evaluadas mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizó inicialmente un análisis invariado para búsqueda de factores relacionados con la presencia o ausencia de depresión, considerándose asociación en caso de obtener un  $OR \geq 1.5$  con IC 95 % que no incluya la unidad. Las variables que así lo ameritaron fueron analizadas con prueba de correlación Pearson. La probabilidad de error se determinó con  $\chi^2$  con prueba exacta de Fisher para las variables que así lo ameritaron.

## **2.12. RECURSOS HUMANOS MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.**

Financiamiento de dichos recursos correrá a cargo por el Médico de la autora y responsable del Consultorio Médico de San José Rincón.

Participación voluntaria de pacientes derechohabientes mayores de 60 años.

Recursos materiales: Computadora personal, hojas blancas, lápices, borradores, dispositivo de almacenamiento, SPSS versión 17.

Espacio físico de la sala de espera y del consultorio Médico de san José del Rincón.

## 2.13. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

**Declaración de Helsinki:** (Asociación Médica Mundial) Se apega a las consideraciones éticas plasmadas en estas declaraciones. Propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.<sup>45</sup>

---

**Declaración de Ginebra:** Vincula al médico con la manifestación “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”.

Se aplicó una escala de depresión geriátrica Yesavage y se recolectaron datos generales de los pacientes.

**Ley general de Salud:** En materia de investigación para la Salud en el artículo 17, la presente investigación pertenece a la categoría de investigación sin riesgo, ya que emplea técnicas de investigación en la que no involucra intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que forman parte del estudio. <sup>46</sup>

En el transcurso de la realización de este estudio, no se pone en riesgo la integridad física y moral de los participantes. La participación de los pacientes en este trabajo de investigación, será de manera voluntaria, cumpliendo los criterios de inclusión. El proyecto respeta los códigos de ética en la investigación en seres humano, de la Secretaría de Salud y de nuestra institución.

El propósito de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

### **Principios fundamentales:**

-En la investigación Médica, es deber del médico proteger, la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

-Debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe de apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en experimentos correctamente realizados.

-Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

-Los autores como los editores tiene obligaciones éticas al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados<sup>47</sup>

### 3. RESULTADOS

La investigación constó de la aplicación de la escala de depresión geriátrica abreviada a un total de 99 pacientes adultos mayores que acudieron a consulta externa del Consultorio Médico de San José del Rincón se eliminaron 8 cuestionarios por mal llenado e ilegibles.

Se apreciaron los siguientes datos, como se señalan a continuación en base a las variables previamente establecidas.

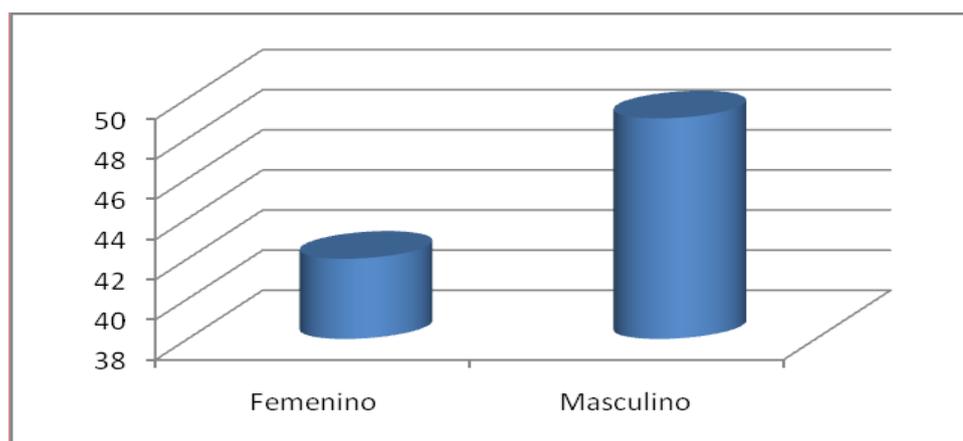
#### 3.1 EDAD.

El rango de edad fue de los 60 años a los 88 años, con una desviación estándar de 8.1 y una media de 70 años, pareciera ser que el grupo mayor de 80 años de edad presenta mayor incidencia de depresión ya que el 50% presenta probable depresión o depresión establecida.

#### 3.2 GENERO.

Se obtuvo una muestra de 91 pacientes observándose que el género que predominó es el masculino 53.8% (49), del género femenino fue de 46.2 % (42). Grafico 1

**Grafico 1. Distribución por género de los pacientes del consultorio de San José del Rincón**



FUENTE: Encuestas aplicadas n:91

### 3.3 ESTADO CIVIL.

De los 99 pacientes se encontró los siguientes datos relevantes. Cuadro 11

**Cuadro 11. Distribución por estado civil de los pacientes que contestaron el cuestionario adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM.**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Casado</b>	58	63,7
<b>Viudo</b>	28	30,8
<b>Divorciado</b>	2	2,2
<b>Soltero</b>	1	1,1
<b>Unión libre</b>	2	2,2
<b>Total</b>	91	100,0

Fuente: Pacientes encuestados N=91

### 3.4 RELIGIÓN.

Respecto a la afiliación a un grupo religioso se encontró que de los 91 pacientes adultos mayores que contestaron la encuesta todos tienen apego a un grupo religioso el 94.5 % (86) son católicos y el 5.5 % (5) practican otra religión.

### 3.5 ESCOLARIDAD.

En los pacientes adscritos al Consultorio Médico San José de Rincón del ISSEMYM mayores de 60 años se observó en esta variable los siguientes hallazgos. **Cuadro 12**

**Cuadro 12. Distribución por escolaridad de los pacientes adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM.**

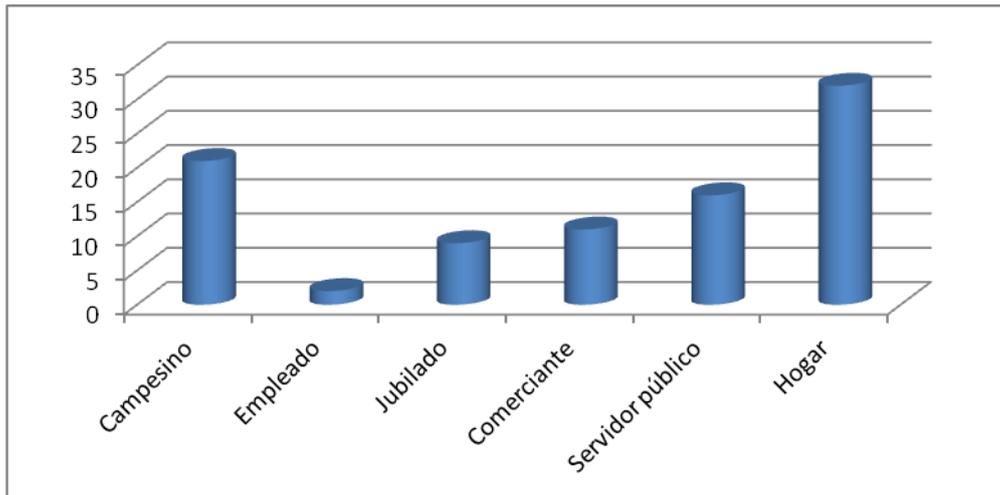
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Analfabeta</b>	35	38,5
<b>Primaria</b>	9	9,9
<b>Primaria incompleta</b>	32	35,2
<b>Secundaria</b>	6	6,6
<b>Secundaria incompleta</b>	4	4,4
<b>Técnica</b>	1	1,1
<b>Licenciatura</b>	3	3,3
<b>Postgrado</b>	1	1,1

Fuente: Pacientes encuestados N=91

### 3.6 OCUPACIÓN.

Las 91 personas que contestaron la encuesta el 35 % (32) se dedican al hogar y el 23% (21) son campesinos. Gráfica 2

**Gráfica 2. Distribución por ocupación de los pacientes adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM**



Fuente: Pacientes encuestados N=91

### 3.7 CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA.

En base a su composición los 91 pacientes que se encuestaron se encuentran en los siguientes datos: Familia extensa en un 45.1 % (41), familia nuclear en un 28 % (26), familia extensa compuesta en un 11% (10), sin familia en un 11% (10), monoparental 33.33 % (3) como se muestra en el cuadro 11.

**Cuadro 11. Distribución por tipo de familia de los pacientes que contestaron el cuestionario adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM.**

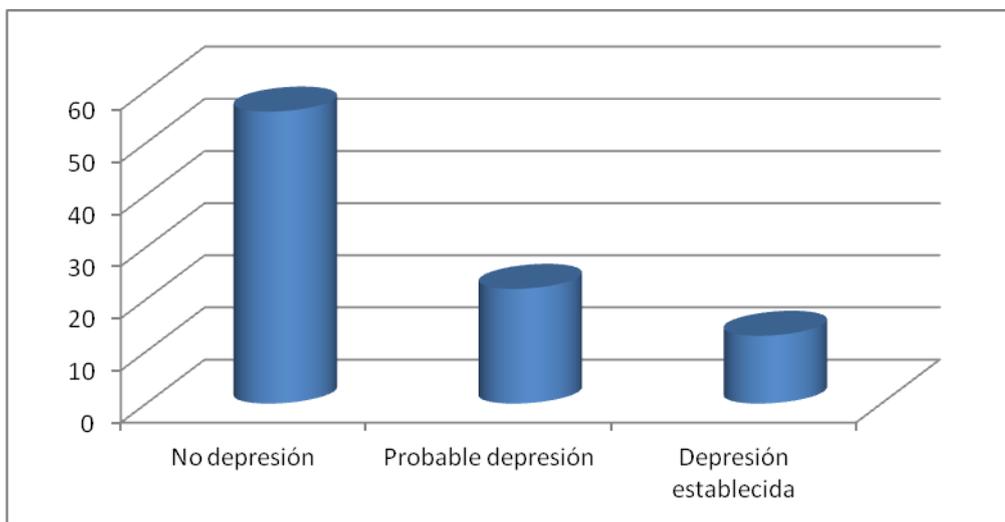
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Nuclear</b>	26	28.6
<b>Extensa</b>	41	45.1
<b>Extensa compuesta</b>	10	12.1
<b>Sin familia</b>	10	11.0
<b>Monoparental</b>	3	3.3
<b>Total</b>	91	100.0

Fuente: Pacientes encuestados N=91

### 3.8 ESCALA DE YESAVAGE.

De acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas a 91 pacientes mayores de 60 años adscritos al consultorio Médico de San José del Rincón del ISSEMYM se observó que el 61.5% (56) no tenían depresión , 24.2 % (22) tenían en el momento de la encuesta una probable depresión y el 14.3 % (13) tiene depresión establecida. Gráfica 3.

**Gráfica 3. Resultado de la Escala de Yesavage de los pacientes adscritos al Consultorio Médico San José de Rincón del ISSEMYM.**



Fuente: pacientes encuestados N=91

### 3.9 GÉNERO Y DEPRESION

Se observó que de los encuestados del género masculino el 71.42% (35) no presentan depresión, a diferencia del género femenino que fue del 50% (21)

El género femenino presento depresión establecida en un 16.66% (7) del total de las pacientes encuestadas a diferencia del total de los hombres encuestados 12.24 %(6) que presento depresión establecida.

La depresión en el género femenino se encontró que fue estadísticamente significativa, obtuvimos un OR de 0.40 con un IC de 95 % 15 a 1.04

### 3.10 ESTADO CIVIL Y DEPRESION

Pareciera ser que la población afectada es la de los viudos y divorciados en un 23 % ya que de los 13 deprimidos 7 personas corresponden a este estado civil, sin embargo no observamos diferencia estadísticamente significativa OR es de 2.79 y un IC de 0.74 a 10.7 y P de 0.08 Se observa que de los pacientes casados el 68.96 % (40) no presenta datos de depresión. Cuadro 14.

**Cuadro 14. Distribución por estado civil de los pacientes que contestaron el cuestionario adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM.**

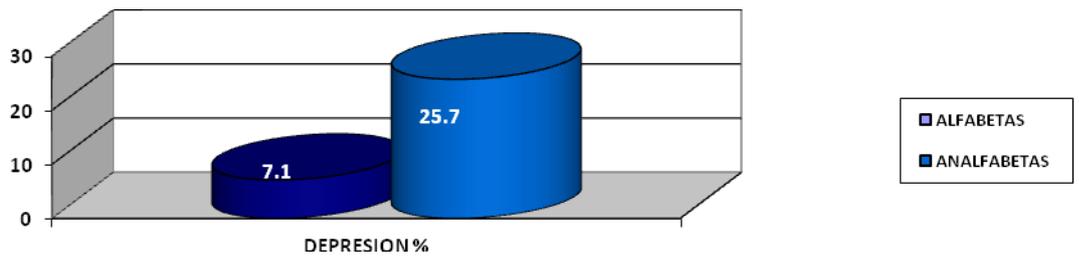
	Estado civil				
	Casado	Viudo	Divorciado	Soltero	Unión libre
<b>No depresión</b>	40 69.0%	12 42.9%	1 50.0%	1 100.0%	2 100.0%
<b>Probable depresión</b>	12 20.7%	10 35.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%
<b>Depresión establecida</b>	6 10.3%	6 21.4%	1 50.0%	0 .0%	0 .0%

Fuente: Pacientes encuestados N=91

### 3.11 ESCOLARIDAD Y DEPRESION

De los encuestados 35 son analfabetas de estos un 25.71% (9) presentaron depresión establecida y de los encuestados con primaria incompleta resultaron 32 de estos el 6.25 % (2) presento depresión establecida. Posgrado no presento depresión. Como lo muestra la gráfica 4

**Grafica 4. Diagnostico de depresión según la escolaridad en los pacientes adscritos al consultorio Médico de San José del Rincón ISSEMYM.**



Fuente: Pacientes encuestados N=91

### 3.12. OCUPACIÓN Y DEPRESION

Observamos que los grupos que se asocian más a depresión establecida y probable depresión fueron las personas que se ocupan al hogar y los jubilados encontramos un OR 3.29 IC (1.3 A 7.9) y P.007 asociación estadísticamente significativa.

La depresión establecida se presentó con más frecuencia con un 22% (2) en pacientes jubilados, en 18.75% (3) en servidores públicos y en 12.5 % (4) con ocupación en el hogar. Cuadro 15.

**Cuadro 15. Distribución por ocupación de los pacientes que contestaron el cuestionario adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM.**

	Campesino	Empleado	Jubilado	Comerciante	S.público	Hogar	Total
<b>No Depresión</b>	16 76.2%	2 100.0%	5 55.6%	9 81.8%	10 62.5%	14 43.8%	56 61.5%
<b>Pb Depresión</b>	3 14.3%	0. 0%	2 22.2%	0. 0%	3 18.8%	14 43.8%	22 24.2%
<b>Depresión</b>	2 9.5%	0 .0%	2 22.2%	2 18.2%	3 18.8%	4 12.5%	13 14.3%
	21 100.0%	2 100.0%	9 100.0%	11 100.0%	16 100.0%	32 100.0%	91 100.0%

Fuente: Pacientes encuestados N=91

### 3.13 CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA Y DEPRESION

Observamos que al evaluar los resultados de probable depresión y depresión establecida en los pacientes que viven solos tienen una mayor incidencia de depresión. Esta asociación no tiene la significancia estadística pero si clínica OR 3.02, IC (0.9 a 10.1) y P .065

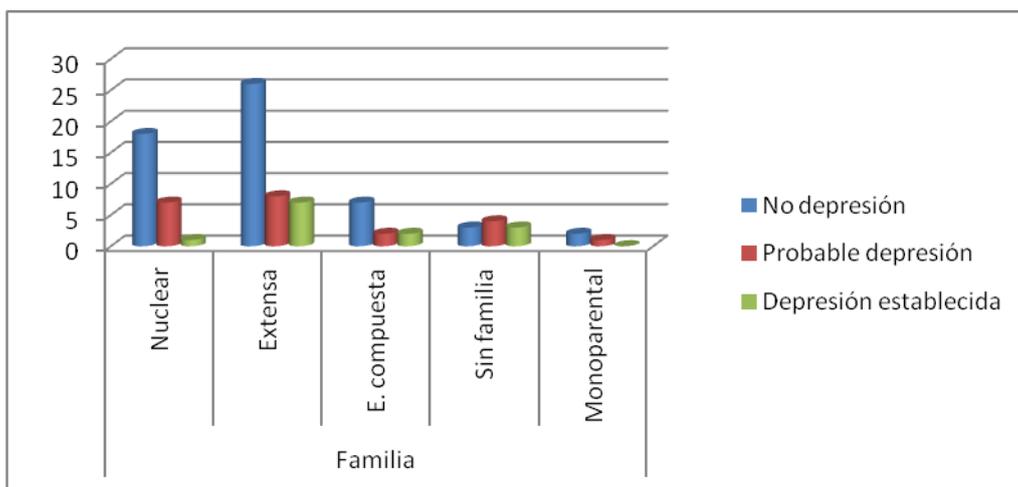
En las 41 familias tipo extensa se observó que un 17.07% (7). Se observó que es más frecuente la depresión en los pacientes que no tienen familia. Cuadro 16.

**Cuadro 16. Distribución por tipo de familia de los pacientes que contestaron el cuestionario adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM.**

		Familia					Total
		Nuclear	Extensa	Extensa compuesta	Sin familia	Monoparental	
Escala de Yesavage	No depresión	18 69.2%	26 63.4%	7 63.6%	3 30.0%	2 66.7%	56 61.5%
	Probable depresión	7 26.9%	8 19.5%	2 18.2%	4 40.0%	1 33.3%	22 24.2%
	Depresión establecida	1 3.8%	7 17.1%	2 18.2%	3 30.0%	0 .0%	13 14.3%
<b>Total</b>		26 100.0%	41 100.0%	11 100.0%	10 100.0%	3 100.0%	91 100.0%

Fuente: Pacientes encuestados N=91

**Gráfica 5. Distribución por tipo de familia de los pacientes que contestaron el cuestionario adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM.**



Fuente: Pacientes encuestados N=91

### 3.14. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEPRESION

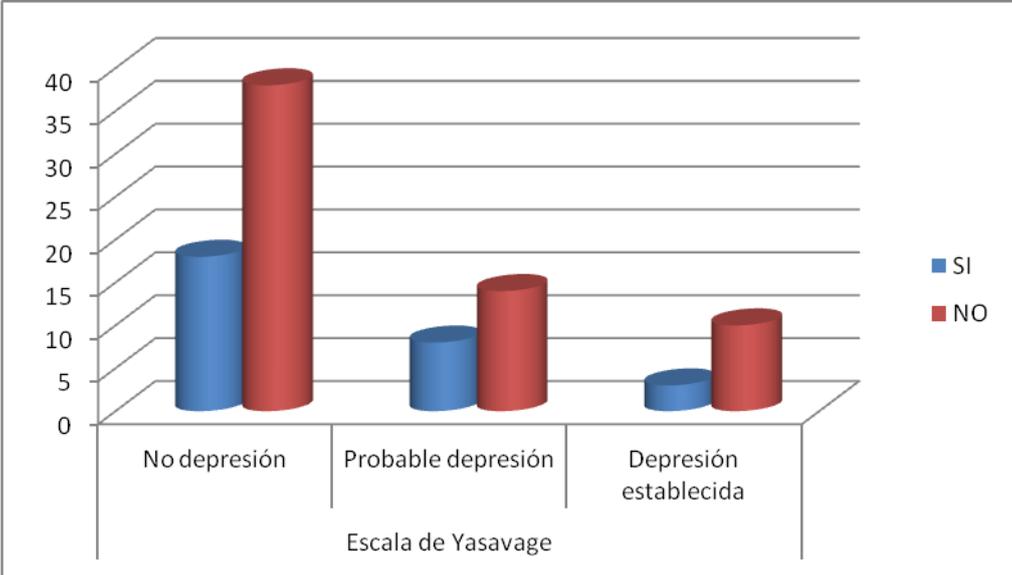
Las enfermedades crónicas no parece tener ninguna influencia en la incidencia de la depresión la cantidad de la proporción es pequeña al tamaño de la muestra de los 29 pacientes con enfermedad crónica solo se encontró depresión establecida en un 10.34% (3) y en 62 pacientes no tenían enfermedad crónica y la depresión establecida en ellos es de 16.12%. Cuadro 17

**Cuadro 17. Distribución por padecimiento de enfermedades crónicas de los pacientes que contestaron el cuestionario adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM.**

	Enfermedades crónicas			Total
		Si	No	
<b>Escala de Yesavage</b>	<b>No depresión</b>	18 62.1%	38 61.3%	56 61.5%
	<b>Probable depresión</b>	8 27.6%	14 22.6%	22 24.2%
	<b>Depresión establecida</b>	3 10.3%	10 16.1%	13 14.3%
<b>Total</b>		29 100.0%	62 100.0%	91 100.0%

Fuente: Pacientes encuestados N=91

**Gráfica 6. Distribución con o sin enfermedad crónica de los pacientes que contestaron el cuestionario adscritos al Consultorio Médico ISSEMYM.**



Fuente: Pacientes encuestados N=91

#### 4. DISCUSIÓN

Actualmente en México hay pocos estudios científicos publicados sobre la depresión, y menos aún sobre la prevalencia de depresión en adultos mayores sin embargo se conocen diversos factores sociodemográficos y culturales de riesgo asociados a la depresión geriátrica

En el estudio de pacientes geriátricos del Consultorio de San José del Rincón del ISSEMyM a quienes se les aplicó la escala de depresión geriátrica en su versión breve que permitió valorar la depresión en estos pacientes de una manera rápida y sencilla, este estudio se realizó en 91 adultos mayores derechohabientes durante la consulta médica.

En este estudio pareciera ser que a mayor edad, mayor incidencia de depresión lo que coincide con el Dr Ramón, en Guadalajara, España, en el que refiere que la prevalencia de síntomas depresivos aumenta en personas mayores de más edad.<sup>49</sup>

Como lo citara Aguera es inevitable el envejecimiento cerebral normal ya que padece las modificaciones estructurales que tienen relevancia clínica y pronóstica por que influyen en la prolongación del estado depresivo así como en la respuesta al tratamiento.<sup>50</sup>

En lo que se refiere a ocupación y género en este estudio hay mayor prevalencia de depresión en personas del género femenino, considerando que las mujeres en este medio rural son predominantemente de la etnia mazahua y la principal actividad a la que se dedican es al hogar y por lo tanto se incrementa más la probabilidad de padecer depresión.<sup>35</sup>

Coincide con el estudio realizado por Pando que utilizó la escala de depresión geriátrica Yesavage en una población de 246 pacientes donde la prevalencia fue Mayor en las mujeres. De igual manera el estudio realizado por Rodríguez en el 2009 en el que reporta 68% de pacientes del sexo femenino que padeció depresión.<sup>52</sup>

En relación al estado civil en este estudio se encontró que la depresión es más frecuente en pacientes divorciados hasta en un 50%, seguida de las personas en estado de viudez en un 21% y casadas en un 10% lo cual concuerda con el estudio de Pando en el que se observó que la depresión ocurre en mayor grado en estado civil de viudez y soltería.<sup>51</sup>

Con respecto al nivel educativo el estudio realizado por Giacomani en el que trató de identificar si el nivel educativo influye en la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor donde (se evaluó una muestra de 30 adultos mayores de 65 a 76 dividido en dos grupos 16 con escolaridad primaria y 14 con preparatoria y licenciatura) utilizó la escala Yesavage concluyendo que no se mostró un efecto de la escolaridad sobre la presencia de síntomas depresivos en los participantes, probablemente por el contexto de la muestra.<sup>53</sup>

Sin embargo de acuerdo a Lasheras (2001) en una muestra de 352 adultos mayores en un estudio realizado en España para determinar la asociación entre escolaridad y depresión encontró que la baja escolaridad coincidió con mayor sufrimiento de inferioridad, pobres relaciones sociales, pobre salud autoreportada, problemas visuales deterioro auditivo y peor masticación<sup>54</sup>, concuerda con el estudio realizado en el Consultorio Médico de San José del Rincón en el cual se observó que un 69.2 % es decir 9 de los 13 pacientes que presentaron depresión establecida son analfabetas.

Con respecto a la práctica religiosa el 100 % de la población que participó en este estudio en el Consultorio Médico de San José del Rincón del ISSEMyM tiene afinidad a un grupo religioso católicos en su mayoría de acuerdo a Reyes-Ortiz 1998 que comenta que la religiosidad se asocia con una alta satisfacción de vida en pacientes ancianos enfermos con una alta autoestima y baja depresión, además de que les incluye en un grupo religioso. En su revisión el 95 % de los ancianos oran regularmente y usan la religión como recurso.

En el estudio transversal descriptivo realizado por Guzmán el cual valiéndose de la escala Yesavage concluye que que la prevalencia de depresión disminuye de manera considerable cuando los pacientes geriátricos pertenecen a familias con tipología nuclear comparativamente con los que pertenecen a familias extensas. Concuerda con el estudio realizado en el Consultorio Médico de San José del Rincón en el que llama la atención que los 7 casos de depresión establecida que se observaron pertenece a ancianos con una familia extensa probablemente por las condiciones socioeconómicas y el medio rural en el que se encuentran.

Llama la atención que en el Consultorio Médico de San José del Rincón del ISSEMyM se encontró que las enfermedades crónicas no parece tener ninguna influencia en la incidencia de la depresión la cantidad de la proporción es pequeña al tamaño de la muestra de los 29 pacientes con enfermedad crónica solo se encontró depresión establecida en un 10.34% (3) y en 62 pacientes no tenían enfermedad crónica y la depresión establecida en ellos es de 16.12% (10) probablemente por el tipo de la muestra estudiada a diferencia de lo que menciona la literatura que hay una mayor asociación de la depresión con la comorbilidad de la enfermedades crónico degenerativas.

## 5. CONCLUSION.

Tomando como base el objetivo planteado y el marco teórico que apoyaron esta investigación es importante mencionar que se cumplió con el objetivo de identificar los factores sociodemográficos y culturales que se asocian a la presencia de depresión en la población geriátrica del Consultorio Médico de San José del Rincón del ISSEMyM; y de igual manera se logró identificar la incidencia de depresión.

La depresión en el adulto mayor es motivo de preocupación para la sociedad actual, debido a que esta se enfrenta a nuevos estilos de vida, a una desorganizada urbanización, a una alteración en la estructura familiar, a una mayor incertidumbre en la vida diaria, a un escaso o nulo apoyo de la familia y de la sociedad misma, evidenciando la carencia de servicios de salud mental.

Se puede concluir que son diversos los factores sociodemográficos identificados en la depresión geriátrica entre ellos una mayor edad, un nivel educativo bajo, una menor satisfacción en la ocupación, el padecer una enfermedad crónica, la ocupación en el hogar o estar jubilados, pertenecer al género femenino y formar parte de una familia extensa, se asocia a mayor riesgo de padecer depresión.

Se observó también que los factores que influyen en la aparición de la depresión fueron el estado civil como es el caso de ancianos viudos, pacientes solteros sin familia o divorciados.

Es importante dirigir nuestra atención y nuestras acciones hacia los adultos mayores y a sus familias, hacerlas participes en la atención, Integración, adaptación y socialización del adulto mayor en el ámbito familiar y social.

Los factores sociodemográficos no siempre influyen totalmente en la incidencia de depresión debido a que esta puede variar dependiendo de la población estudiada. Se Concluye que en la población estudiada 13 pacientes presentaron depresión y 22 una probable depresión.

Si se considera que la población estudiada pertenece a una etnia mazahua con bajo desarrollo socioeconómico y cultural, en una región predominantemente rural con bajos niveles de escolaridad, donde predomina la familia de tipología extensa. Estos factores sociodemográficos y culturales confluyen y se asocian a la presencia de depresión geriátrica.

Los factores de mayor relevancia son la carestía de poder en las relaciones familiares y sociales, la ocupación circunscrita únicamente al hogar y el campo, aunado a la baja escolaridad.

Por tal motivo se tendría que valorar las redes de apoyo con las que cuentan los pacientes geriátricos principalmente en mujeres, estas pueden ser: el núcleo familiar, los amigos, el apoyo psicológico, las actividades recreativas o la integración a grupos afines.

Como médicos familiares es importante conocer de forma integral a los pacientes identificando los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la depresión y las características de sus familias, debido a que el apoyo que tiene cada paciente es determinante para la conservación del proceso salud-enfermedad.

El envejecimiento de la población es un fenómeno cuya importancia es hoy reconocida en todos los niveles, por sus repercusiones económicas y sociales. Por lo que se recomienda reconocer la naturaleza crónica y recurrente del trastorno y sus dificultades para acceder a recursos especializados en salud mental e implementar un programa de educación dirigido al bienestar físico y psicosocial del adulto mayor, así como el diagnóstico oportuno de la depresión.

Es necesario continuar la investigación sobre este tema para obtener una mayor precisión clínica abarcando otros grupos de adultos mayores; sin embargo, se puede adelantar ya la recomendación de incrementar las actividades de educación para la salud en este rubro para el adulto mayor y la población general, promover cursos de actualización en esta materia para los profesionales de la salud, de manera que se facilite la detección oportuna de casos, así como incrementar y mejorar la accesibilidad de los servicios de salud mental para la población de la tercer edad.

El presente estudio demostró que la depresión es una patología frecuente y que la detección oportuna en el primer nivel es prioritario por la aplicación de la escala de depresión geriátrica Yesavage en la práctica diaria de la Medicina familiar, se debe de implementar como una herramienta básica en la atención del adulto mayor.

Se puede concluir entonces con este estudio que es importante identificar los factores de riesgo sociodemográficos y culturales que nos lleven al diagnóstico oportuno de la depresión utilizando como apoyo la aplicación de la escala Yesavage y de esta manera ofrecer una atención integral, continua y anticipada al riesgo en un paciente geriátrico con tendencia a la depresión.

## 6. REFERENCIAS

- 1.- Conti A, Norberto Historia de la depresión: **La Melancolía desde la Antigüedad hasta El Siglo XIX** Buenos Aires Palemos
- 2.-Definicion de Psiquiatría Depresión-  
**<http://www.Nimh.nih/health/publications/depression/nimhdepression.pdf>** 2010
- 3.-Ceinos G.M. **Depresión en ancianos un problema de todos** Rev. Cub Med. Gen. Integr 2001; 17 (4:) 316-20.
- 4.-Aguilar S., Ávila A. **La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor.** Gac Méd Méx 2007; vol. 143 (2). P. 141-146.
- 5.-Capitulo 1: **Salud mundial retos actuales la salud de los adultos en peligro: el ritmo de las mejoras disminuye y las deferecias se acentúan** hallado en sitio de internet omx <http://www.who.int/whr/2003/chapter 1/es/index3.html>.
- 6.-Copeland J.R, Beekman A.T, Braam A.W, **Depression among older people in Europe**; The EURODEP World Psychiatry 3:12004 pp.45-49.
- 7.-**Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto** ministerio de sanidad y consumo, gobierno de España plan de calidad para el sistema nacional de salud 2008: 21-25.
- 8.-Secretaría General del Consejo Nacional de Población (**CONAPO**) **Comunicado del día internacional de las personas de edad.** N° 469 /10.México Oct. 2010.
- 9.-INEGI: **Instituto nacional de estadística, Geografía e informática XII Censo General de población y vivienda 2000.** (Sitio en internet). Hallado en [http:// www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx).Ciudad de México: INEGI 2010 acceso el 09 Septiembre del 2010.
- 10.-**Programa de acción específico 2007-2012: Envejecimiento** Primera edición 2008.
- 11.-Wagner M.P.H, Joseph J.Gallo, M.D., M.P.H., Jorge Delva **Depression in late life: A hidden public health problem for México?** Salud púb. 41 pp. 189-202
- 12.-Pando Moreno, M; Aranda Beltrán C; Alfaro, N; **Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana** Mendoza Roaf, Publicado en Rev Esp GeriatrGerontol.2001 ; 36:140-4.
- 13.-Slone LB; Norris FH; Murphy AD; Baker CK; Perilla JL; **Epidemiology of major depression in four cities in Mexico** Depress Anxiety; 23(3): 158-67, 2006.
- 14.-Lou Arnal **Manual CTO de Medicina y Cirugía**; Madrid editorial Mc Graw-Hill 7 ed. 19 p. 1361 a 1375.
- 15.-Millan, Calenti J MC **Principios de Geriatria y Gerontología. Trastornos psiquiátricos** España Graw-Hill Interamericana; p 491- 505.
- 16.-Campayo J.G, Lou A.S **Depresión en el anciano Monografías** 08 claves en salud mental 2007; 8:1-6.
- 17.-Ng, Tze-Pin MD, +; Feng, Lei BMed, **Folate, Vitamin B12, Homocysteine, and Depressive Symptoms in a Population Sample of Older Chinese Adults.** Journal of the American Geriatrics Society. 2009 May 57(5):871-876.

- 18.-Ortega, et al. **Functional and psychic deterioration in elderly people may be aggravated by folate deficiency** J. Nutr; 126: 1992-1998.
- 19.-Bidhan Das, MD, Michael Greenspan, MD, Sunanda Muralee, MD, Christine J. Choe, MD, **Late-Life Depression: A Review 2007** Oct 15(10):35 – 44.
- 20.-Chow Á, Alviso S, **Enfermedades crónico-degenerativas y trastornos del estado de ánimo: Comorbilidad, diagnóstico y tratamiento** México Lundbeck 2009.pp.107–113.
- 21.-Romero Á., Sánchez R. **¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?** Rev. Colomb Psiqu; 2009 38 (2): 20.
- 22.-Asuncion L M **Depresión En Mujeres:** Aten. Fam.2010 Mar –Abr.; 17: 19–23.
- 23.- Becerra M. Sosa A.L. **Práctica de la Geriatria. Neuropsicogeriatría. Trastornos de estado de ánimo en los ancianos.** Moderno 1999: 416 - 425.
- 24.- Ávila J.A, Aguilar Sara, Melano Carranza E. **Fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría.** Gac Méd Méx. 2008:144 (3):255-261.
- 25.-**Programa de Acción: Atención al Envejecimiento** (sitio en internet). Hallado en <http://www.Salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf> Ciudad de México: Secretaría de Salud acceso el 29 de Agosto del 2010.
- 26.-Vinkers J, Jacobijn G, Gussekloo. **Temporal relationship between depression and impairment in old age: prospective population based study.** Max Papers BJM 2004 Oct; 32(16):881.
- 27.-Ocampo J.M **Evaluación Geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos,** persona y bioética 2005; 9 025:46:58.
- 28.-De la Revilla L. **Conceptos e instrumentos de la atención familiar.** Barcelona DOYMA, 1994 pp.
- 29.-León Anzures Ricardo y col. **Medicina Familiar** CORINTER 2008.
- 30.- Lantz M, MD **Religion and Coping in Late Life** Clinical Geriatrics 2007 Aug 15(8):16-19.
31. - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR** TH ED. Washington, D. C; American Psychiatric Association, 2000: pp. 323-330.
- 32.- Dillon C, Serrano C, Iturry M **Estudio epidemiológico de la depresión geriátrica en un Laboratorio de memoria** Neurología Argentina 2009; 1:20-29.
- 33.-Landefeld S, Palmer R. M, Anne. **Diagnostico y Tratamiento en Geriatria. Depresión y otros temas de Salud Mental.** Manual moderno 2005.
- 34.-Post E P, MD, PhD **Suicidality and Antidepressants in the Elderly** 2007 Jun15 (6): pp. 23-28.
- 35.-Navarro García A. Rodríguez García R. **Redes de apoyo en el anciano por medio del genograma y el ecomapa:** Aten. Fam. 2010 Ene; 17 (1):19-23.
- 36.-**Naciones Unidas Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid,**2002 Abril.

- 37.- Gómez A.E **La depresión en el anciano. Clínica y tratamiento.** Ámbito Farmacéutico Divulgación sanitaria 2007 Oct. 26 (9)
- 38.-Arteaga Jiménez FJ **Medicamentos antidepressivos** 2004 Mar; 2:14-17
- 39.-Granados J.L, Peralta M.L, Munguía C. **Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años.** Gac Méd. 2007; 143 (4):285 a 289.
- 40.-Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L V. **Escala de depresión geriátrica 15 ítems** Original *Journal of Psychiatric Research* (1983) 17, 37:49 O
41. - Kurlowic L, PhD, RN. **The Geriatric Depression Scale (GDS) try this Best practices in nursing care to older adults,** Revised 2007 Issue Number 4
- 42.- Arrieta A, L. M. Almudena G. A. **Efectividad de las Pruebas Psicométricas en el Diagnóstico y Seguimiento de Deterioro, Depresión y Ansiedad en las Personas Mayores** Clínica y Salud Madrid 2009 20 (1)
- 43.-Secretaría General del Consejo Nacional de Población **(CONAPO) Comunicado del día internacional de las personas de edad.** N° 469 /10.México Oct. 2010.
- 44.-Uriarte B V, **Psicofarmacología** MexicoTrillas1997.
- 45.-**Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.** Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compilrigsmis.html>.Acceso 24-01-10
- 46.-Barrera C. De la Garza D, Valdés A. **El consentimiento válidamente informado.** Rev. CONAMED 2010 Abr. 15 (2):99-105.
- 47.- Luis Miguel Gutiérrez Robledo. **La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento.** México 2005
- 48.-Mc. Phee Stephen J. Papadakis Maxine A. **Diagnóstico clínico y tratamiento** Mc Graw-Hill-Interamericana 2007.
- 49.-Agüera-Ortiz **Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico** psicogeriatría 2011; 3(1):1-8.
- 50.-Roman U.T.J; Flores M.J.; Garcia S.M.; **Depressive symptoms in the elderly, prevalence and associated factors** Gac Sanit V.21 (1) Barcelona E-F.2007.
- 51.-Pando Moreno, M; Aranda Beltrán C; Alfaro, N; **Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana** Mendoza Roaf, Publicado en Rev Esp Geriatr Gerontol.2001; 36:140-4.
- 52.-Rodríguez. G.M, Boris S, Rodríguez O.O. **Some clinical epidemiological aspects of depression in the elderly** MEDISAN 2009; 13 (5) artículo en línea <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol130509/san01509>.
- 53.- Giacomani C; Funes, D; Guzmán **Depresión y escolaridad en adultos mayores.** Diálogos sobre educación. 2011; 2: 1-11.
- 54.-Lashcheras M.D: **Asociación entre escolaridad y depresión en ancianos.** Psicogeriatría. 2001; 10:115-118

55.-Reyes-Ortiz, M.D; **Importancia de la religión en los ancianos**. Colombia MED. 1998; 29: pp. 155-157.

56.-Guzman J.E Gutiérrez RE; García FD. **Family and depression in geriatric patients of western México**. MPA e-Journal de Med. Fam. Y at. Prim, 2010; 4: 2-3.

## 7. ANEXOS

### 7.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.-Se me ha invitado y acepto participar en la investigación que se realiza en **la cual pretende averiguar depresión en las personas mayores de 60 años de edad como es mi caso**, sé que mi participación en ella es totalmente voluntaria y que no participar en la misma no me conllevará ninguna consecuencia.

2.-Mi participación consiste en proporcionar los datos solicitados y responder 1 cuestionario, el cual tiene una duración de 10 minutos aproximadamente.

3.-Solo que yo lo solicite se me proporcionaran los datos de importancia obtenidos en el estudio, referentes a mi caso.

4.-Mis datos personales serán estrictamente confidenciales y solo serán usados por el equipo de trabajo que está elaborando esta investigación.

5.-Autorizo que pueda ser publicada la información obtenida en este estudio, manteniendo siempre mi anonimato.

6.-Se que puedo abandonar esta investigación en el momento que yo lo desee.

7.-**“todos los procedimientos éticos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo I, investigación con riesgo mínimo, se seguirán los principios de la declaración de Helsinki.”**

**Estoy enterado (a) de el CONSENTIMIENTO INFORMADO en su totalidad, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el proyecto y mi participación.**

Nombre del participante	Firma	Fecha

Nombre del investigador Verónica Neri Martínez	Firma

## 7.2 FICHA DE IDENTIFICACION

<b>CAPTURA DE DATOS</b>
-------------------------

FECHA:		
NOMBRE		
SEXO:		
EDAD:		
ESTADO CIVIL:		
OCUPACION:		
RELIGIÓN:		
ESCOLARIDAD:		
INTEGRANTES DE FAMILIA QUE HABITAN EN MISMA CASA:	TIPO DE FAMILIA	ENFERMEDAD CRONICA
HOBBY O PASATIEMPO		
CALIFICACION:	NO DEPRESION	0-5
	PROBABLE DEPRESION	6-9
	DEPRESION ESTABLECIDA	10-15

### 7.3. INSTRUMENTO EVALUADOR

<b>ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTICA (Yesavage)</b>
---

**A continuación se presenta una serie de preguntas para los cuales solo se dan dos opciones, trate de responder todas sin meditar demasiado su respuesta.**

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	<b>1 PUNTO</b> NO	SI
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
3. ¿Siente que su vida está vacía?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	<b>1 PUNTO</b> NO	SI
6. ¿Teme que le pase algo?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	<b>1 PUNTO</b> NO	SI
8. ¿Se siente a menudo abandonado / a?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	<b>1 PUNTO</b> NO	SI
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
13. ¿Se siente lleno de energía?	<b>1 PUNTO</b> NO	SI
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
15. ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	NO	<b>1 PUNTO</b> SI
TOTAL		

#### 7.4 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA												
Planeación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Etapa de planeación Proyecto	X	X	X									
Marco teórico		X	X	X	X							
Material y Metodos				X	X							
Registro y autorización del proyecto					X							
Etapa de ejecución del proyecto					X	X	X					
Recolección de datos								X	X			
Almacenamiento de datos								X	X			
Análisis de datos										X		
Descripción de los resultados										X	X	
Discusión de los resultados										X	X	
Conclusiones del estudio											X	
Integración y revisión final											X	X
Autorizaciones												X
Impresión del trabajo final												X
Solicitud del examen de tesis												X

