



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 6  
SAN JUAN DEL RIO, QUERÉTARO.**

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE UNA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR**

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

**PRESENTA:**

**DRA. ELIZABETH MANZANITA CANTOR**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

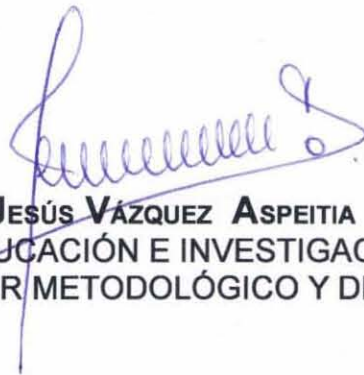
PRESENTA

**DRA. ELIZABETH MANZANITA CANTOR**

## AUTORIZACIONES



**DRA. MARÍA ROCÍO DÍAZ RIVERA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS  
SEDE SAN JUAN DEL RIO



**DRA. MARÍA DE JESÚS VÁZQUEZ ASPEITIA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN UMF 6 SAN  
JUAN DEL RIO Y ASESOR METODOLÓGICO Y DE TEMA

# DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

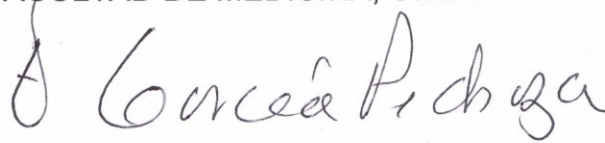
PRESENTA

**DRA. ELIZABETH MANZANITA CANTOR**


## AUTORIZACIONES



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



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

## ÍNDICE GENERAL

1. Marco teórico .....	5
1.1 Planteamiento del problema.....	20
1.2 Justificación .....	21
1.3 Objetivos .....	23
1.3.1 General	
1.3.2 Específicos	
1.3.3 Hipótesis	
2. Material y Métodos .....	24
2.1. Tipo de estudio	
2.2. Población, lugar y tiempo de estudio	
2.3. Tipo de muestra y tamaño de muestra	
2.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
2.5. Variables	
2.6. Procedimiento para captar la información	
2.7. Instrumento de recolección de datos	
2.8. Cronograma de actividades	
2.9. Recursos Humanos Material Físico y Financiamiento del estudio	
2.10. Consideraciones éticas	
3. Resultados .....	29
4. Discusión .....	35
5. Conclusiones y propuestas.....	37
6. Referencias bibliográficas .....	39
7. Anexos .....	42

# 1. MARCO TEÓRICO

## Definiciones.

La depresión, del latín “hundimiento”, se define como, un trastorno del estado de ánimo, manifestado principalmente por tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos de sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio. Se caracteriza por recurrencia y remisión de síntomas. Es una enfermedad como puede ser la hipertensión, la epilepsia, entre otras, considerada como la enfermedad mental más frecuente, 4ta causa de incapacidad en todo el mundo. Dado que conlleva un deterioro social y funcional importante lo que repercute en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de quien la padece. Esta enfermedad en pacientes ancianos guarda relación con ciertos factores biopsicosociales. Presentando de 2-3 veces más probabilidades de muerte. <sup>(1,2)</sup>

Envejecer es parte del ciclo vital, es un conjunto progresivo de procesos dinámicos irreversibles que van determinando la esperanza de vida y el estado de salud, no necesariamente implicando un deterioro, siendo la meta ideal el conseguir un máximo nivel de autonomía individual y las posibilidades de autorrealización. Para lo cual es necesario definir al adulto mayor según descrito por la Organización Mundial de la salud (OMS), como toda aquella persona mayor de 65 años de edad. <sup>(1,3)</sup>

La depresión es una patología frecuente en la población adulta mayor. Refiriendo en su cuadro clínico síntomas depresivos insuficientes en número o intensidad, presentando una serie de quejas somáticas, con cuadros mixtos ansioso-depresivos, o con aquellas manifestaciones descritas como depresión enmascarada. En otros casos las complicaciones de patologías crónico-degenerativas se hallan con poca o nula respuesta a tratamiento efectivo, encontrado encubrimiento o cuadros no específicos durante la historia natural de

la enfermedad, con lo que se requiere de las habilidades del facultativo para el hallazgo de la patología. <sup>(4,5)</sup>

## **Epidemiología**

De acuerdo al censo poblacional 2010 (INEGI), en México existe una población de 112 millones 336 mil 538 habitantes, de los cuales 54'855,231 hombre y 57'481,307 mujeres. Se estima que 10'055,379 habitantes tiene más de 60 años de edad, lo que representa el 8.9% de la población. Y acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2010-2050, para el 1 de junio de 2012 la población de 60 años o más se calculaba en 10 889 476; para el 1 de junio de 2013 se estimó serían 11 264 358, siendo así la proyección de un incremento de 374 882 adultos mayores entre esas dos fechas. <sup>(6,7)</sup>

Querétaro cuenta con una población de 1'827,937 habitantes, de los cuales 136,381 son adultos mayores de 60 años, en la población de Amealco de Bonfil, Querétaro. Su población total es de 62,197, solo 256 adultos mayores cuentan con seguridad social, en todas las estadísticas predomina el sexo femenino sobre el masculino <sup>(8)</sup>.

La depresión se considera la enfermedad mental más frecuente, situada como la 4ª causa de discapacidad a nivel mundial, las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la pronostica como la 2ª causa para el 2020 como pérdida de años de vida saludable a nivel mundial y la primera en los países desarrollados. De acuerdo a estudios realizados por la OMS se encuentra una prevalencia 2:1 mujeres/Hombres, la depresión en estos pacientes afecta el desempeño social y ocupacional colocándose a la par de enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes, con una recurrencia de hasta un 40% <sup>(4,9)</sup>

Los datos estadísticos revelan con cambios significativos, en el 1995-2001 se encontró de un 10-15% de depresión en adulto mayor a nivel mundial, para el

2004 se encontró en población mexicana mayor de 60 años, un 7.4% con depresión. En un estudio de Bello 2005 citado por Douglas Nance refiere una prevalencia de depresión en el adulto mayor para mujeres del 5.8% y hombre 2.5%, en población ambulatoria se estima una prevalencia de 15-20% y un incremento del 25-40% en hospitalizados con una incidencia de 13% de casos nuevos por año <sup>(10)</sup>.

La prevalencia estimada de los síntomas depresivos para el adulto mayor varía de acuerdo a la recopilación de autor y a las definiciones utilizadas, por lo que autores como D'Hyver estima en población abierta, síntomas depresivos leves 15-20% de prevalencia y trastorno depresivo mayor en 1-5%. Ayllon en su análisis encontró en una población neta de 208 individuos mayores de 60 años al 24% sin depresión, un 40% con depresión leve, 18% depresión moderada y 18% con depresión grave. Siendo así un 76% con algún grado de depresión. Sin encontrar diferencia entre los que acuden o no a centros de asistencia o clubs, sin embargo D'Hyver refiere en pacientes hospitalizados la depresión incrementa de 20-30% en depresión leve y moderada y en un 12-16% en depresión mayor. La GPC, refiere una prevalencia de depresión del 7-36% incrementándose al 40% en pacientes hospitalizados. Por lo que se encuentra mayor descripción en los datos obtenidos en el estudio de Bello, siendo referencia de Ayllon para su análisis comparativo. (3, 4, 11).

Existe una marcada preocupación multidisciplinaria y multisectorial, encontrando característicamente mayor riesgo de depresión en la población de edad avanza, niveles económicamente bajos, zonas rurales y con baja escolaridad, por lo que México ha creado estrategias enfocadas para que el personal de salud, ofrezca atención médica sustentada en principios científicos, éticos y orientada a la práctica médica y social; con programas diseñados con actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, que fomenten una cultura de dignificación de las personas adultas mayores, con la difusión de preceptos gerontológicos que permitan conocer y comprender el proceso de envejecimiento.



A pesar de ello, ha sido insuficiente la cobertura de la asistencia social, por las tendencias demográficas, que han evidenciado un acelerado crecimiento de la población de personas adultas mayores, La intensión de todo este equipo multidisciplinario es facilitar al adulto mayor su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social. <sup>(9,12)</sup>

Wagner, encontró que el sexo, edad, y nivel educativo se asocian a la prevalencia de la depresión. Refiere al estado civil como factor asociado a trastornos depresivos, siendo mayor en solteros y divorciados. A nivel mundial, México Ucrania, e India cuentan con mayor depresión en personas con baja escolaridad. Y tomando los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, encontrando que un 9.2% de la población general, ha tenido algún episodio depresivo. <sup>(13)</sup>

En las Guías de Práctica Clínica se menciona que aproximadamente el 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. En cuanto al género se calcula que se presenta en 8 al 12% de los varones y 20 al 26% en las mujeres, observándose una constante la proporción de dos mujeres por varón. La prevalencia es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada, estimando de un 10 al 27%. <sup>(3,13)</sup>

Se estima que un 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo requiriendo algún tratamiento específico en determinado momento de su vida. Con una prevalencia mundial superior al 1.9% para el sexo masculino y el 3.2% para el sexo femenino. Para México se ha calculado una prevalencia de 4.5% considerando factores como el sexo, edad, lugar de residencia. <sup>(14)</sup>.

## **Fisiopatología**

Se ha avanzado en las investigaciones acerca de la fisiopatología y tratamiento de la depresión, considerada como factor de riesgo para el suicidio, una causa de muerte líder a nivel mundial, especialmente en adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores. <sup>(15,16)</sup>

Es necesario entender mejor la patogénesis y la fisiología de la depresión. Se han encontrado evidencias de que los factores genéticos y ambientales contribuyen a la depresión y su neurobiología asociada como preámbulo para desarrollar e implementar nuevas estrategias racionales de tratamiento. La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. Aproximadamente una tercera parte del riesgo de desarrollar depresión es heredada y dos terceras partes es ambiental, en la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores genéticos, químicos y psicosociales. <sup>(15,16)</sup>

Se ha identificado como etiología de la depresión, la interacción gene-entorno, en donde tiene que ver un desequilibrio en los neurotransmisores (monoaminas) como lo son serotonina (5 –hidroxi-triptamina, 5 HT), norepinefrina, y dopamina. <sup>(15)</sup>

En aquellos pacientes con disminución de serotonina, se ha encontrado disminución de receptores y/o disminución de los sitios de fijación, por lo que en sujetos vulnerables esta reducción se asocia a la presencia de depresión. En otros casos se ha identificado polimorfismo en donde el alelo s de la región promotora del gene SERT(SL6A4) se asocia a efectos depresogénicos, en individuos con genotipo s/s, siendo menos vulnerables los del genotipo l/l, y con riesgo intermedio los s/l. los paciente con genotipos s/s y s/l tienen una reducción en los sitios de fijación por SERT. Presumiendo que los genotipos l/l

son inmunes a los efectos depresogénicos en la infancia dejando la aparición de depresión en estos individuos a factores del entorno. <sup>(15)</sup>

Bajas concentraciones de serotonina en líquido cefalorraquídeo se han encontrado en pacientes con depresión y suicidas, y como efecto compensatorio en estos pacientes se han encontrado en estudios post-mortem receptores 5-HT en plaquetas y cerebro, aun que con disminución de la densidad de los sitios de fijación de transportadores de 5-HT. De esta misma manera se ha identificado disminución de concentraciones de L-triptófano en sangre (precursor de 5-HT). <sup>(15)</sup>

En cuanto a la alteraciones en la norepinefrina; se encuentra en niveles bajos detectables en orina y en líquido cefalorraquídeo, en estudios post-mortem, se han encontrado en paciente suicidas/deprimidos un aumento en la densidad de los receptores beta-adrenérgico, y un incremento de la actividad de MAO-A. Se ha demostrado que en pacientes tratados con inhibidores de la reabsorción de nor-adrenalina, la carencia de esta amina predispone a síntomas depresivos. <sup>(15,16)</sup>

La dopamina responsable de que un individuo experimente placer, esta disminuida en los pacientes con depresión. El hecho de que pacientes con Parkinson curse con depresión, se debe a esta disminución. Dado por la disminución de la fijación del transportador de dopamina y el aumento de fijación de receptor post-sináptico D2-D3. Con incremento de actividad de MAO-A. Poseen actividad antidepresiva los medicamentos que incrementan la monoamino oxidasa (MAOIs), bloqueadores de la reabsorción de dopamina y los receptores agonistas de dopamina por lo que esto representa un novedoso abordaje para pacientes que no responden a inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina. <sup>(15,16)</sup>

Se ha encontrado la asociación de depresión a la hipersecreción de cortisol y exceso de hormonas de eje hipotalámico-pituitario-adrenal. (Vía mesocorticolímbica). Aplicando una dosis de dexametasona con parámetros ya definidos determinando esta prueba como diagnóstica para depresión (test de

supresión de dexametasona) de igual manera se aplican otras pruebas como la de estimulación de factor liberador de corticotropina, o la combinación de las mismas. Demostrando así una relación específica entre anomalías en la neurotransmisión de norepinefrina y dopamina, así que no solo la serotonina ha influido en el estado de ánimo tendiente a depresión en un individuo. <sup>(15,16)</sup>

### **Clasificación.**

Los episodios de la depresión se pueden clasificar de acuerdo a su severidad (aplicando la escala de Hamilton) como trastorno depresivo leve, moderado o grave, en un estado depresivo leve, por lo general el paciente puede realizar la mayoría de sus actividades solo genera una pequeña alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o relaciones interpersonales; en el moderado hay grandes dificultades para realizar actividades de la vida diaria, afectando la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales; en el grave, la sintomatología está presente de forma intensa con gran alteración en la funcionalidad de la vida cotidiana del sujeto y/o con tendencias de suicidio o síntomas psicóticos. <sup>(16,17)</sup>

### **Diagnóstico.**

El diagnóstico de esta patología se basa en los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, considerados estándar de diagnóstico. (Figura 1) <sup>(3,4)</sup>

**Figura 1. Los criterios diagnósticos de depresión mayor son:**

- A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe de estar presente e interferir en la vida de la persona:
  - 1. Animo deprimido la mayor parte del día , casi todos los días, por lo menos 2 semanas.
  - 2. Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos 2 semanas.
  - 3. Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos 2 semanas.
- B. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas:
  - 1. Ánimo depresivo ( o irritabilidad en los niños y ancianos ) como se define en A1
  - 2. Marcada disminución del interés o del placer. Como se define en A2
  - 3. Alteraciones del peso o del apetito, ya sea: pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
  - 4. Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnia.
  - 5. Alteraciones en la actividad , ya sea agitación ó enlentecimiento (observado por otros)
  - 6. Fatiga ó pérdida de la energía
  - 7. Autorreproche o culpabilidad inapropiada
  - 8. Pobre concentración ó indecisión
  - 9. Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo de morir ) o de suicidio
- C. Los síntomas no son debidos a psicosis
- D. Nunca ha sido un episodio maniaco , episodio mixto , o episodio hipomaniaco
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física , consumo de alcohol , medicamentos, o de drogas ilícitas
- F. Los síntomas no son por una pérdida normal

Fuente: GPC. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención

Es fundamental la historia clínica completa y el examen físico que evalúe el estado cognitivo, del adulto mayor con sospecha de depresión. Si embargo los criterios del DSM IV-R, no se presenta en la totalidad de los adultos mayores con depresión. Dado que las manifestaciones de la depresión en el adulto mayor son poco específicas y la detección temprana es necesaria, probablemente sea la principal causa del aislamiento social y sufrimiento del adulto mayor con importante repercusión en la calidad de vida de los mismos. Para lo cual es necesario contar con instrumentos previamente validados y confiables. <sup>(2,9)</sup>

Douglas del instituto de Geriatria, describe en su estudio una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores en México, mayor en mujeres en un 43%, describiendo factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil, mayor depresión en viudos seguidos de solteros. Y a mayor edad, mayor depresión. Refiere que es necesario cambios en las atenciones en estos pacientes y fortalecer con redes de apoyo comunitarias y familiares, siendo insuficiente el lograr un diagnostico e instaurar un tratamiento <sup>(10)</sup>

Wiese detecto como factores de riesgo para presentar depresión en los adultos mayores, siendo por sexo el más afectado el femenino, estado civil viudo o divorciado, con antecedentes previos de episodios depresivos, con enfermedades concomitantes, polifarmacia, abuso de alcohol u otras adicciones, estado socioeconómico, tipo de personalidad, apoyo social, cuidados primario con enfermedades crónico degenerativas y como precipitantes: duelos recientes, muerte o separación de cónyuge, cambios en los ingresos económicos, pérdida de roles, nivel sociocultural, cambios de domicilio, estrés crónico, aislamiento social, trastornos de sueño entre otros <sup>(18)</sup>

Las escalas diagnósticas y de evaluación de depresión y ansiedad son herramientas que apoyan y refuerzan objetivamente los diagnósticos de estos trastornos. Teniendo en cuenta que el médico de Atención Primaria dispone de un tiempo limitado en la consulta y además que existen presentaciones atípicas tanto de los trastornos de ansiedad como de los depresivos; se entiende que más del 50% de los casos queden sin diagnosticar y sin tratamiento correcto. Por tanto se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de estas patologías. Como ganancia de estos instrumentos de evolución, la depresión es diagnosticada y tratada cada vez más en centros de atención primaria. <sup>(1,3)</sup>

Las escalas de evaluación, diagnóstico de depresión y ansiedad de más fácil y frecuente utilización, en función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, que no exigen un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación. Se consideran las siguientes escalas como las más útiles: <sup>(3, 19)</sup>

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.
- Escala de Hamilton para la Depresión.
- Escala de Hamilton para la Ansiedad.
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg.

- Escala de Depresión de Yesavage.

Dependerá del médico cual utiliza antes situaciones diversas e individualizando a cada paciente. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) la cual tiene la particularidad de que explora síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor. Y ha puesto en evidencia ser un excelente instrumentos con adecuada confiabilidad sensibilidad 97% y especificidad 85%, CCI interjuez de 0.80 a 0.95 y  $r = 0.85$  a  $0.98$  para la prueba contra prueba. <sup>(3,19)</sup>

La EDG reúne los elementos del instrumento ideal: es autoadministrado, o con ayuda de un encuestador fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. Es una escala dicotómica, de respuesta sí o no. 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. Existen tres versiones: 30 ítems (Yesavage & Brink, 1983), 15 ítems (Yesavage & Sheik, 1986), y 5 ítems (Yesavage & Brink, 1983), La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, marcados como afirmativos “sí”, con un rango de 0-30, 0-15, 0-5 según la versión, y la escala se considera positiva cuando 2 de 5 son afirmativas, 6 de 15 son afirmativas, y 15 de 30 son afirmativas, según la versión ocupada <sup>(19,20)</sup>.

En la versión que ocuparemos de 30 ítems, se califica como no depresión cuando se obtiene de 0 a 10 puntos (respuestas con “sí”), depresión leve-moderada con 11 a 20 puntos y depresión severa cuando el puntaje supera los 20 puntos. <sup>(19, 21)</sup>

### **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage** <sup>(3)</sup>

1. ¿Está usted satisfecho con su vida?
2. ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?
5. ¿Tiene usted esperanzas en el futuro?
6. ¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?
7. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?
8. ¿Tiene usted miedo de que algo le vaya a suceder?
9. ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?
10. ¿Se siente frecuentemente desamparado?
11. ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?
12. ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?
13. ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?
14. ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás?
15. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?
16. ¿Se siente usted desanimado o triste con frecuencia?
17. ¿Siente usted que nadie lo aprecia?
18. ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?
19. ¿Cree usted que la vida es muy interesante?
20. ¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?
21. ¿Se siente usted lleno de energía?
22. ¿Siente usted que su situación es desesperante?
23. ¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?
24. ¿Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia?
25. ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?
26. ¿Tiene usted problemas para concentrarse?
27. ¿Disfruta usted el levantarse por las mañana?
28. ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?
30. ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?



La escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) ha resultado ser un instrumento útil para la detección de depresión en los estudios poblacionales. Esta escala que cuenta con 20 reactivos (puntaje de 0 a 60) integra diversos componentes de la depresión, especialmente el afectivo. Sin embargo, al igual que la mayoría de instrumentos que evalúan la depresión, ni la EDG ni el CES-D cubren sistemáticamente todos los signos y síntomas de la depresión según los criterios vigentes, en la EDG las preguntas representan el centro de la depresión geriátrica y la dimensión somática no está incluida con enfoque principal depresión mayor <sup>(17,22)</sup>

La depresión es el factor de riesgo más importante para el suicidio, se considera de mal pronóstico un paciente con enfermedad cardiovascular con depresión, siendo la severidad de la depresión inversamente proporcional con la supervivencia a largo plazo. <sup>(10, 15)</sup>

Es preocupante el desconocimiento de los facultativos sobre la eficacia y efectividad de los antidepresivos disponibles y la psicoterapia, por lo que se abusa de la monoterapia, siendo ya demostrado que es más eficaz la combinación fármaco-terapia/psicoterapia, dando como resultado un mejor efecto terapéutico, obteniendo ideales terapéuticos. <sup>(23, 17)</sup>

## **Tratamiento.**

El tratamiento de la depresión en el adulto mayor no es homogéneo; requiere un abordaje individualizado. Su historia personal y su comorbilidad particularizan el cuadro. Considerar mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos, y aunque se recomienda comenzar el tratamiento con una pequeña dosis hasta llegar a la dosis terapéutica en un plazo no mayor de seis semanas, los niveles sanguíneos en los cuales los antidepresivos son cien por ciento efectivos parecen ser los mismos que en pacientes jóvenes. <sup>(13,17,26)</sup>

La medicación antidepresiva no es un tratamiento suficiente por sí solo, sino que debe complementarse con otras estrategias como la terapia interpersonal y la terapia cognitiva conductual. Para que al tratamiento tenga éxito el paciente y su familia deben participar activamente en el mismo. Sin olvidar que es una enfermedad por deficiencia de sustancias serotoninérgicas. <sup>(24,25)</sup>

En el manejo de la depresión a largo plazo es necesario tener en cuenta algunos conceptos clave: características evolutivas de los episodios depresivos, instauración del primer episodio clínico, número de episodios, duración, intervalos, ciclos, y patrones de curso etc. <sup>(9,17)</sup>

Es necesario la óptima capacitación del personal médico en contacto por esta población, considerada de riesgo, para con ello identificar oportunamente patología como lo es la depresión identificando factores de riesgo para desarrollar un episodio de depresión, con el propósito de evitar que el paciente se agrave y pueda llegar a desenlaces fatales como el suicidio. <sup>(1,23)</sup>

### **Tratamiento farmacológico**

El objetivo de tratamiento es alcanzar la remisión de la sintomatología y restablecer la funcionalidad óptima del paciente, de acuerdo a la severidad diagnóstica, se considera útil iniciar cuando existan datos de cronicidad, tomando en cuenta la economía del paciente o apoyo del sector salud y con el consentimiento del paciente. Se dispone de los siguientes grupos de medicamentos (figura 2) <sup>(17,26)</sup>

**Figura 2. Medicamentos antidepresivos**

Nombre Genérico	Nombre comercial	Dosis (mg/d) <sup>A</sup>		Comentarios
		Inicial	Usual	
<b>Tricíclicos y tetracíclicos<sup>B</sup></b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generan efectos anticolinérgicos (Akiskal, 2005; Ramick y cols., 1988) (sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, constipación), utilizarse con precaución en pacientes con glaucoma.</li> <li>• Puede intervalo QT (Ramchandani y cols., 2003; Espinosa-Aguilar y cols., 2007). Valorar función cardíaca (EKG) alcanzando dosis efectiva. Su sobredosis, puede ser fatal; valorar riesgo suicida.</li> <li>• Su venta requiere receta médica.</li> </ul>
Amitriptilina	Anapsique, Tryptanol	25	100-300	
Clomipramina	Anafranil	25	100-250	
Doxepina	Sinequan	25	100-300	
Imipramina	Tofranil, Talpramin	25	100-300	
Maprotilina	Ludiomil	25	100-300	
Mianserina	Tolvon	25	100-300	
<b>ISRS</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría inhibe a las isoenzimas p-450 (Vieweg y cols., 2004)</li> <li>• Son mejor tolerados que los tricíclicos y son mejor tolerados en sobredosis (Glassman y cols., 1988) -</li> <li>• Los de vida media corta pueden generar síntomas de discontinuación en la suspensión abrupta.</li> <li>• Valorar presencia de insomnio/sedación para determinar el horario de ingesta (Muller y cols., 2000).</li> </ul>
Citalopram	Seropram, Citox	20	20-60	
Escitalopram	Lexapro	10	10-20	
Fluoxetina	Prozac, Fluoxac, otros	20	20-60	
Fluvoxamina	Luvox, Vuminix	50	50-300	
Paroxetina	Paxil, Xerenex	20	20-60	
Sertralina	Artruline, Sertex, Aleva	50	50-200	
<b>IRDN</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su uso, ha demostrado cierta efectividad en el tratamiento de la dependencia a nicotina (Muller y cols., 2000).</li> </ul>
Bupropion	Wellbutrin	150	300	
<b>IRSN</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Venlafaxina: Las dosis altas pueden generar hipertensión (MacGillivray y cols., 2003).</li> </ul>
Venlafaxina	Efexor, Benolaxe, Odven	37.5	75-225	
Duloxetina	Cymbalta	60	60-120	
<b>Moduladores de serotonina</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su uso, ha demostrado cierta efectividad en el tratamiento de la dependencia a nicotina (Muller y cols., 2000).</li> </ul>
Trazodona	Sideril	50	75-300	
<b>Modulador NE-serotonina</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con gran potencial sedante.</li> </ul>
Mirtazapina	Remeron, Comenter	15	15-45	
<b>IMAO</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su venta requiere receta médica. El uso concomitante con otros antidepresivos puede generar toxicidad.</li> </ul>
Moclobemida	Aurorex	150	300-600	
<b>ISRN</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con gran potencial activante. Riesgo de desencadenar síntomas ansiosos.</li> </ul>
Reboxetina	Edronax	4	8	

**fuentes:** Heinze G, Camacho PV. *Guía clínica para el manejo de la Depresión*. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, Medina Mora ME. México: Instituto de Psiquiatría. (series: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales). 2010

**Abreviaturas:** ISRS inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; IRDN: inhibidores de recaptura de dopamina/norepinefrina; IRSN: inhibidores de recaptura de serotonina/norepinefrina; IMAO: inhibidores de la Mono-aminoxidasa; ISRN: inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina; EKG electrocardiograma. <sup>A</sup> La dosis en pacientes de tercera edad y en pacientes con trastornos de ansiedad, enfermedad hepática o renal, deberá iniciar con dosis menores.

## Tratamiento no farmacológico.

El uso de antidepresivos no es un tratamiento suficiente por sí solo, debe complementarse con otras estrategias como intervención psicoterapéutica (terapia cognitiva-conductual, terapia interpersonal y terapia de solución de problemas), intervención psicosocial, y en algún caso es útil la terapia electroconvulsiva, para que al tratamiento tenga éxito el paciente y su familia debe participar activamente en el mismo. (3, 26)

**Pronóstico:**

La depresión es un problema de salud pública que va en aumento. Debe señalarse la importancia que tienen las unidades de primer nivel de atención en donde el paciente acude en primera instancia para un diagnóstico y tratamiento, ya que un alto porcentaje de sujetos con depresión podría recibir atención adecuada por parte de los médicos de primer contacto, siempre y cuando cuenten con la capacitación necesaria para ofrecer una intervención oportuna.<sup>(26)</sup>

Por lo general la intervención adecuada en los pacientes deprimidos o los que padecen otro trastorno psiquiátrico se retrasa debido a que el paciente no informa sobre la sintomatología o a que el médico no la investiga a fondo. Dada la importancia de este tipo de padecimientos, se requiere que el médico detecte de manera oportuna los casos leves, los atienda y establezca el tratamiento adecuado.<sup>(17,23, 26)</sup>

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La demanda de consulta en primer nivel de atención de adultos mayores se ha incrementado debido al aumento de población de éste grupo etario, que acuden para atención y control de enfermedades crónico degenerativas, no consignando el médico el diagnóstico por depresión, a pesar de presentar sintomatología sugestiva, lo que ha llevado a que ésta patología se enmascare o no se reporte en forma oportuna ni se ofrezcan tratamientos adecuados.

La depresión en la consulta de medicina familiar difiere de lo encontrado en la de Psiquiatría, por factores de desconocimiento de los primeros en los criterios diagnóstico-terapéuticos; en la primera se observa una proporción mayor de pacientes con depresión leve y es menor el número de casos con manifestaciones clásicas, la mayoría asociada a enfermedades crónico degenerativas; en la consulta de psiquiatría es el primer motivo de atención asociada o no a ansiedad. El diagnóstico de depresión es clínico, basado en los criterios del DSM IV y en los resultados de las pruebas de escrutinio o tamizaje, que deben estar validadas, de fácil aplicación, ser sensibles y específicas para esta población.

Debido a la mayor esperanza de vida, el incremento de enfermedades crónico degenerativas y el impacto negativo que tiene la depresión sobre la evolución de las enfermedades se consideró importante determinar la prevalencia de la depresión en los adultos mayores de la unidad para realizar estrategias pertinentes detectar, diagnosticar y manejar adecuadamente esta patología.

Por lo anterior se realizó la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la prevalencia de la depresión en los Adultos Mayores de la UMF 56?**

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS la depresión se considera la enfermedad mental más frecuente a nivel mundial, siendo la principal causa de discapacidad, los cálculos de prevalencia de depresión oscilan entre el 15 y el 25%, en 1990 se ubicaba como la 4ª causa de discapacidad a nivel mundial, las proyecciones para el 2020 la ubican en la 2ª causa como pérdida de años de vida saludable a nivel mundial y la primera en los países desarrollados; es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

La literatura mexicana refiere a la depresión como un problema de salud pública reportando datos de frecuencias de 5.2 en mujeres y en hombres de 2.5. La depresión es una patología que regularmente se presenta asociada a enfermedades crónico-degenerativas, se ha equiparado su discapacidad con las presentadas por los pacientes con diabetes, hipertensión y artritis, en pocas ocasiones se presenta como patología aislada; repercute en el ámbito familiar y laboral del paciente en donde los problemas psicosociales, económicos y de repercusiones médicas como hiperfrecuentadores de atención médica, hospitalizaciones por descompensaciones de sus patologías de fondo, complicaciones por desapego a tratamiento e ideas suicidas son algunos de los factores asociados a la depresión.

El aumento de la población de adultos mayores de septiembre del 2010 a septiembre del 2012 en la Unidad de Medicina Familiar No. 56, se ha incrementado en el 33.1% (564 a 842 adultos mayores de 60 años), así como la presencia de enfermedades crónico-degenerativas incluyendo la depresión, está última suele estar enmascarada o sub diagnosticada, ya que a pesar de presentar datos clínicos para realizar su diagnóstico no se consigna en expediente; existe preocupación ya que la depresión no forma parte del envejecimiento normal y se tiene que registrar como diagnóstico clínico; se han encontrado evidencias de

factores genéticos y ambientales que contribuyen a la presencia de depresión.

Es importante tener conocimiento sobre la prevalencia de ésta patología en adultos mayores de la Unidad, para estar en oportunidad de realizar estrategias encaminadas a brindar una atención integral a los adultos mayores; por lo que se aplicaron cuestionarios específicos para la población, de fácil aplicación y validados.

Se contó con los recursos humanos y materiales para la realización del estudio, así como se tomaron las consideraciones éticas de todo proyecto de investigación en humanos.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 GENERAL**

8. Investigar la prevalencia de la depresión en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 56

### **1.3.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar las variables socio-demográficas (edad, sexo, ocupación, escolaridad y estado civil)
- Determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores (en porcentajes).

### **1.3.3 HIPÓTESIS**

No necesaria por ser un estudio descriptivo



## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, transversal

### **2.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO**

Adultos mayores de 60 años, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 56, Amealco de Bonfil, Querétaro, durante los meses de Abril a Mayo del 2013.

### **2.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se obtuvo una muestra mediante el programa Epi Info 2000 en una población de 849 adultos mayores de 60 años, con una prevalencia de depresión del 8.5% <sup>(10)</sup>, error estadístico del 5% en un nivel de confianza del 95%; se obtuvieron 128 pacientes para el estudio; se realizó muestreo no probabilístico por cuota, de los pacientes que acudieron a la consulta externa de medicina familiar hasta obtener la muestra.

### **2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN:**

#### **INCLUSIÓN**

Adultos Mayores de 60 años Derechohabientes de la Unidad  
Adultos Mayores que aceptaron firmar carta de consentimiento informado  
Adultos Mayores que contestaron el cuestionario de forma completa.

#### **EXCLUSIÓN**

Pacientes con diagnóstico de demencia o discapacidad mental.

#### **ELIMINACIÓN**

Pacientes con cuestionarios incompletos o con 2 respuestas para 1 pregunta.

## 2.5 VARIABLES

VARIABLE	VARIABLE CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE ESCALA	INDICADOR DE MEDICIÓN
Edad	Número de años que tiene una persona desde el momento de su nacimiento.	Adulto con edad de 60 años y más en el momento del estudio evidenciada en expediente electrónico	Cuantitativa	Continua	Años
Sexo	Características anatómicas fisiológicas que diferencian al individuo de acuerdo a los cromosomas sexuales X o Y que tiene e individuo	Basadas en sus características físicas de hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	La referida por el paciente en el momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	Hogar Campo Empleado Desempleado Profesionista Pensionado Comerciante
Escolaridad	Nivel máximo de estudios	Es el referido por el paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Técnico Licenciatura
Estado civil	Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el Estado o Nación a que pertenece.	Es el referido al momento del estudio, y evidenciado por registro de afiliación en la Institución de Salud	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
Depresión	Trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, provocando un estado de Anedonia en diferentes intensidades	De acuerdo a la Escala de <b>YESAVAGE</b> , en su versión original de 30 ítems	Cualitativa	Ordinal	<b>SIN DEPRESIÓN</b> (0 a 10 puntos), <b>DEPRESIÓN LEVE</b> (11 a 20 puntos) y <b>DEPRESIÓN SEVERA</b> (> 20 Puntos)

## **2.6 PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

Posterior a la Autorización por el CLIEIS 2201, se procedió a invitar a los pacientes mayores de 60 años que cumplieron con los criterios de inclusión a participar en el estudio, previa firma de carta de consentimiento informado.

## **2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se aplicó por el investigador la escala de depresión geriátrica Yasavage que consta de 30 ítems, calificándose cada cédula con la escala de Yasavage de la siguiente forma:

SIN DEPRESIÓN:	0 a 10 puntos
DEPRESIÓN LEVE:	11 a 20 puntos
DEPRESIÓN SEVERA:	> 20 Puntos

Se concentraron los datos en hoja de Excel para posteriormente proceder a realizar el análisis para estadística descriptiva mediante el programa SPSS. Versión 18; obteniéndose promedios, porcentajes e IC. Los resultados se presentan en cuadros y gráficos.

## 2.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES		MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	Observaciones
Selección y planteamiento del problema a investigar	P	2013											
	R	2013											
Presentación del planteamiento del problema con coordinador de educ. e invest. médica	P	2013											
	R	2013											
Búsqueda de la información	P	2013	2013										
	R	2013	2013										
Elaboración y presentación del protocolo de investigación	P	2013											
	R	2013											
Presentación del protocolo con el comité local de investigación para revisiones y envío a CLIES	P		2013										
	R		2013										
Recolección de la información, aplicación de encuestas	P		2013	2013									
	R		2013	2013									
Elaboración de base de datos en sistema epi-info ver. 6.0 y captura de datos	P				2013								
	R				2013								
Análisis de la información y presentación preliminar	P					2013							
	R					2013							
Presentación final del trabajo de investigación. Elaboración de Tesis	P						2013						
	R						2013						
Envío a Nivel Central para revisión								2013				2014	

## 2.9 RECURSOS HUMANOS, MATERIAL FÍSICO Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Estudio realizado por medico investigador en cuanto a recursos humanos, y material físico y financiado por el mismo investigador

## 2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apega a lo establecido en:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4.
- Manual de organización del Instituto Mexicano del Seguro Social consejo Técnico, Acuerdo No. 7802, octubre de 1980.
- Artículo del Consejo de Salubridad General del 23 de diciembre de 1981., publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 enero de 1982, que crea las comisiones de investigación y ética en los establecimientos donde se efectúa una investigación Biomédica.
  - TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 05-08-2011
  - Ley General de Salud; Artículo 2º., Fracción VII, artículo 3º., Fracción Título quinto, capítulo único, artículos 96 al 103.

REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

- Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del H. Consejo Técnico, Acuerdo No. 1516/84 del 20 junio de 1994.
- DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

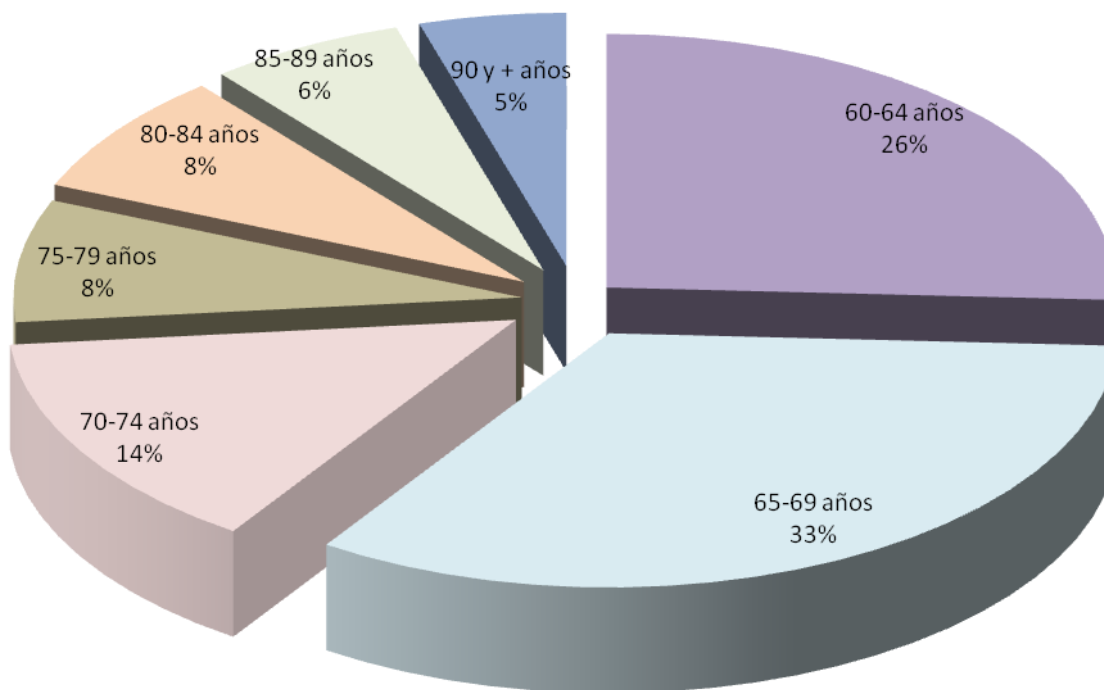
Nota de aclaración del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

### 3. RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se estudiaron 128 pacientes con edades de 60 a 92 años con una media de  $70.7 \pm 8.5$  años, (IC en 95% 69.3 – 72.1); La edad de los pacientes que predominó fue de 65-69 años de edad en el 33%, seguidos de los de 60-64 años con el 26%. Predominó el sexo masculino, casados, con escolaridad primaria y dedicada al campo.

**Gráfico 1. Pacientes por grupo de edad\***

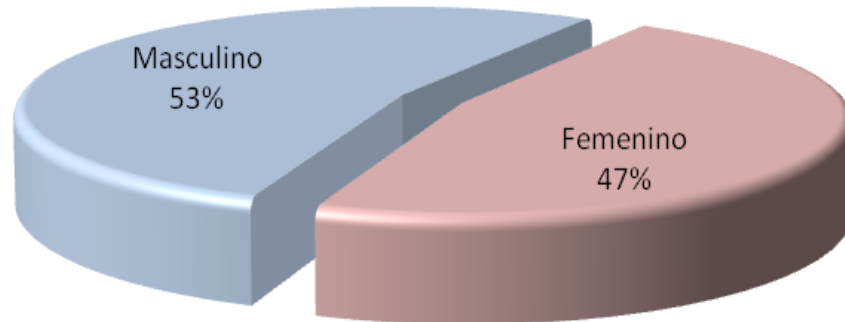


\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista

En relación al sexo predominaron los hombres con el 53%.

**Gráfico 2. Pacientes por sexo\***

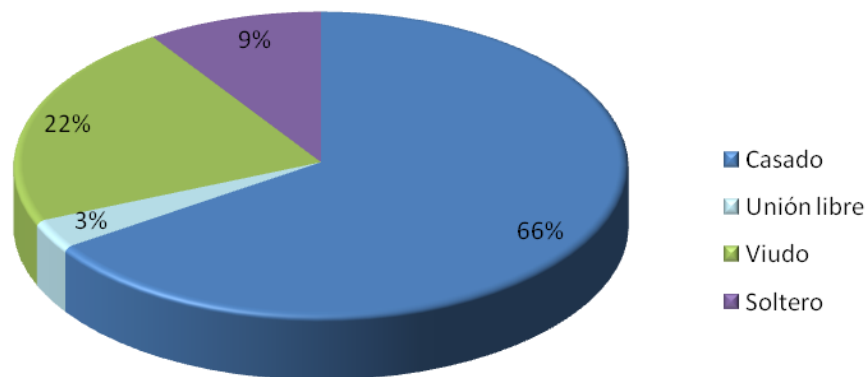


\*=128

Fuente: Cédula de entrevista

El 66% de los pacientes se refirieron casados en el 66 % seguido del estado de viudez con el 22%.

**Gráfico 3. Estado civil de los pacientes\***

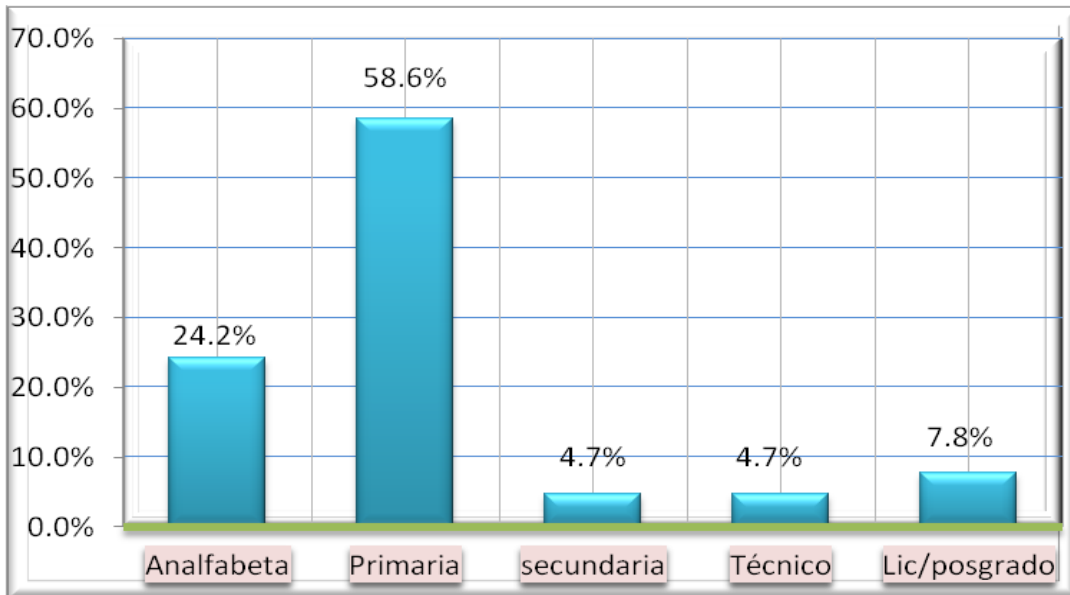


\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista

El 58.6 % de los pacientes estudiados refirieron una escolaridad de primaria, con el 24.2% de analfabetismo.

**Gráfico 4. Escolaridad\***

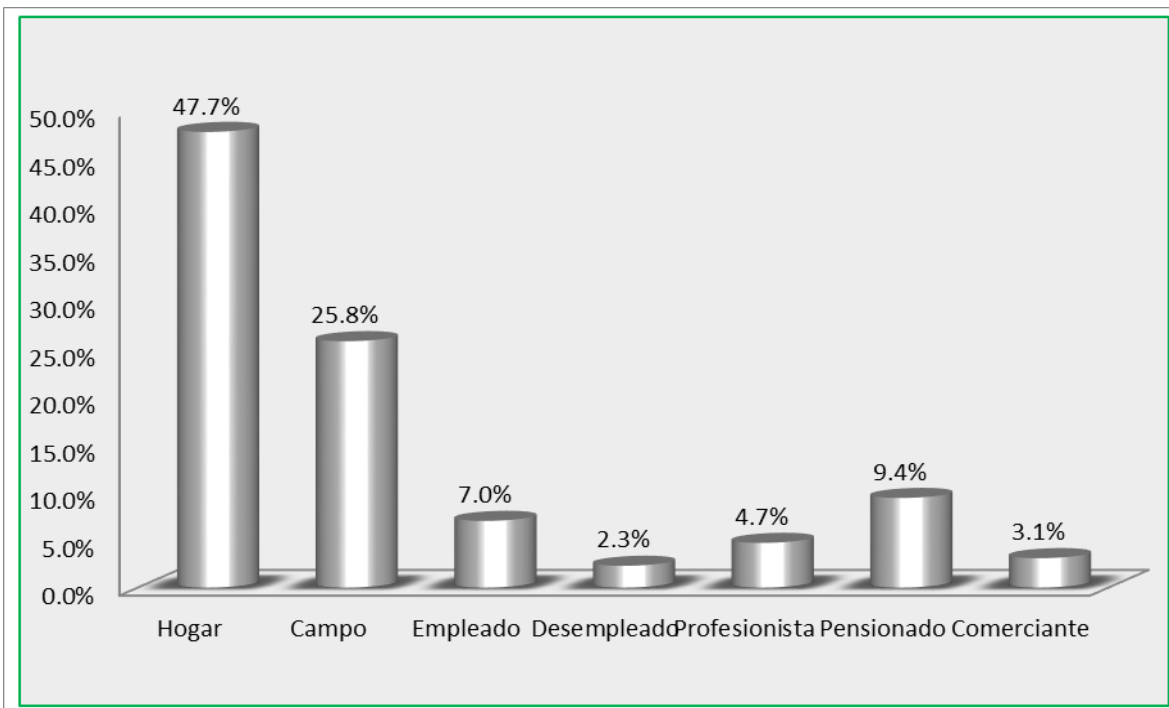


\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista

Referente a la ocupación el hogar presento el porcentaje mayor con el 47.7%.

**Gráfico 5. Ocupación\***



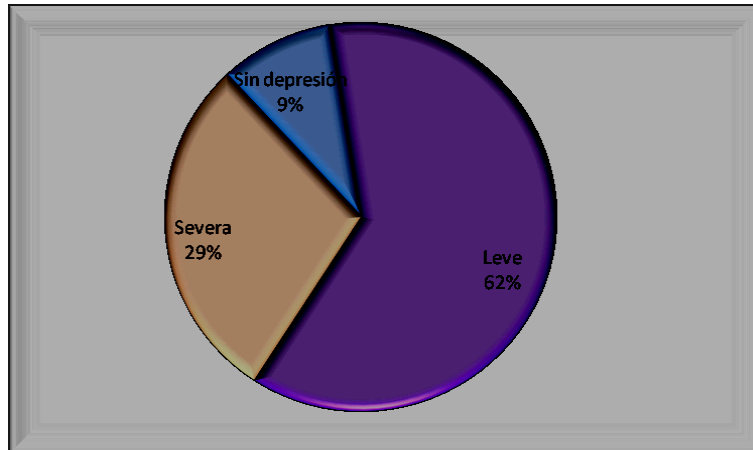
\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista



De acuerdo a la depresión el 62% correspondió al grado leve a moderada, el grado severo se presentó en el 29% de la población estudiada.

**Gráfico 6. Grado de Depresión\***

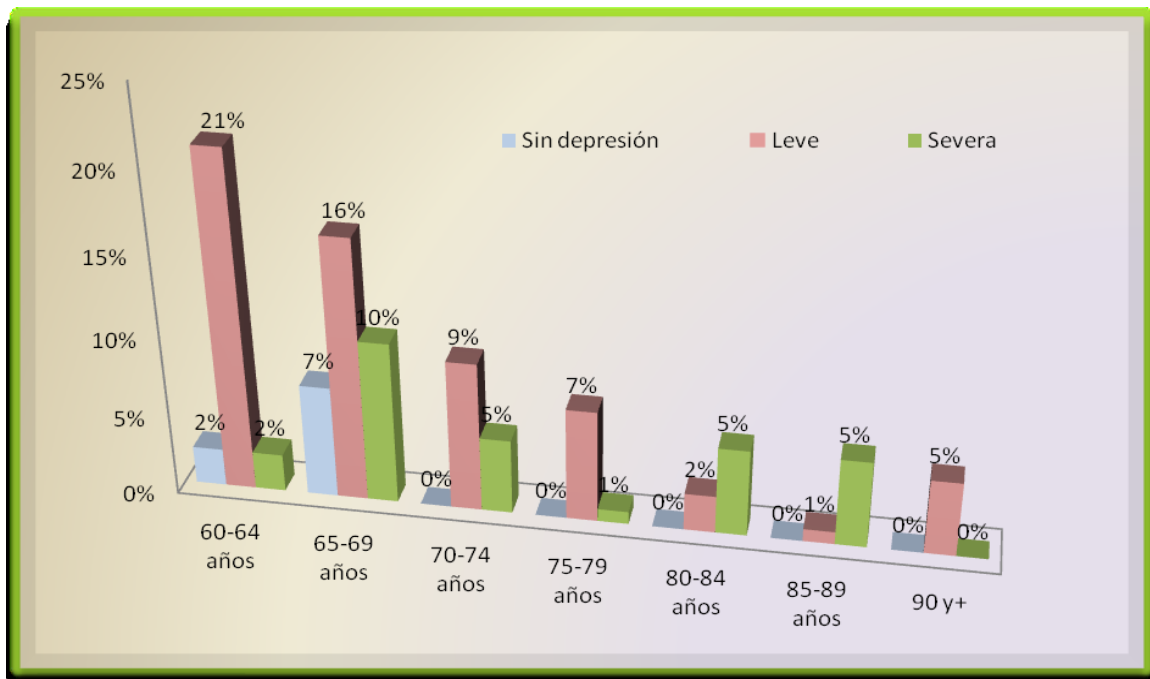


\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista

En relación a la edad el grado de depresión se presentó en el 21% en el grupo de 60 a 64 años con predominio de la depresión leve a moderada.

**Gráfico 7. Edad y grado de depresión\***

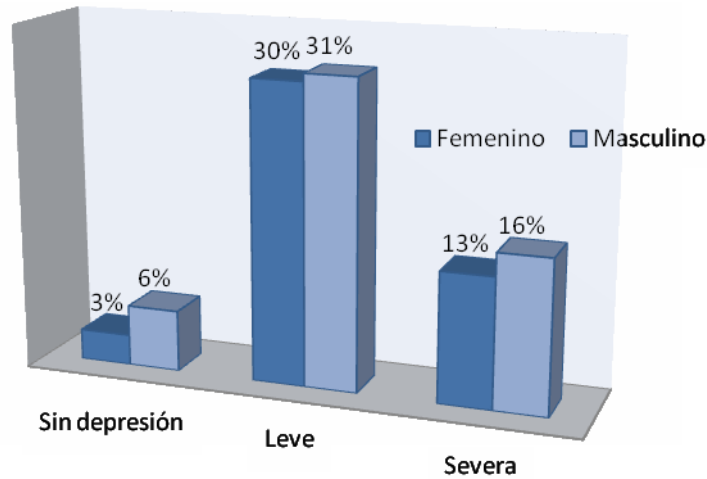


\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista y Escala de Depresión de Yesavage

En relación al sexo el grado de depresión que predominó fue de leve a moderado en porcentajes similares de femeninos y masculinos.

**Gráfico 8. Sexo y grado de depresión\***

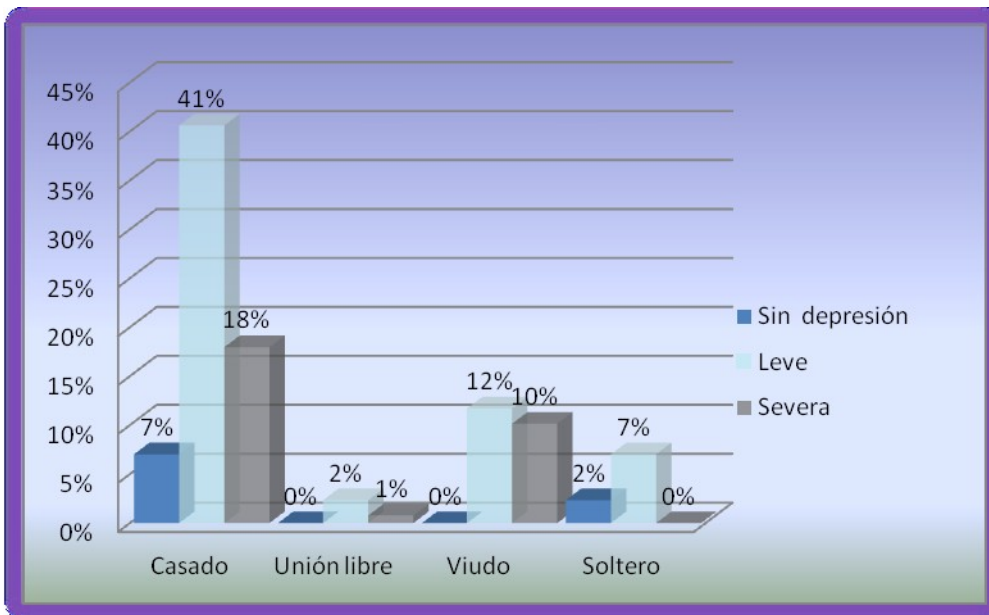


\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista y Escala de Depresión de Yesavage

La depresión leve a moderada se presentó en el 41% de los pacientes casados y la severa en el 18%

**Gráfico 9. Estado civil y grado de depresión\***

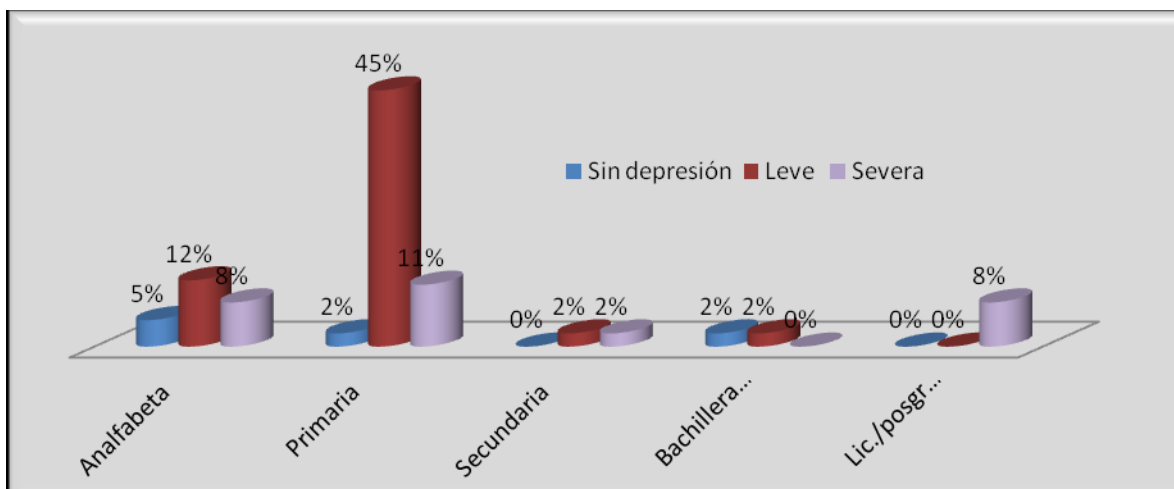


\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista y Escala de Depresión de Yesavage

Los pacientes con escolaridad primaria presentaron mayor grado de depresión, el 45% con depresión leve a moderada y el 11% depresión severa.

**Gráfico 10. Escolaridad y grado de depresión\***

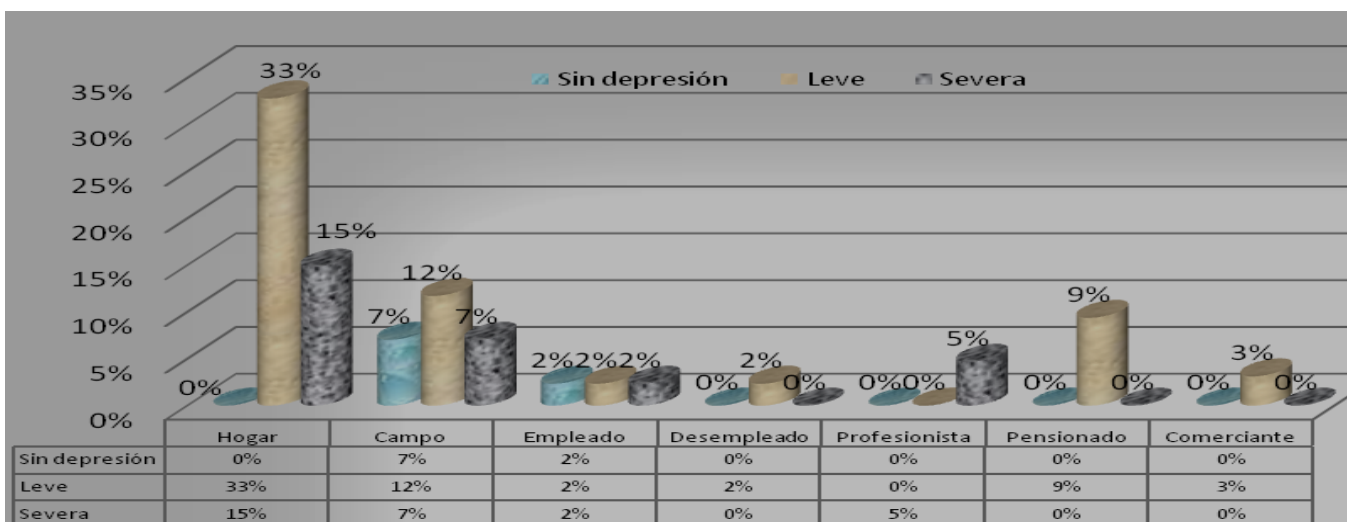


\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista y Escala de Depresión de Yesavage

Los pacientes dedicados al hogar presentaron el 33% de depresión leve a moderada y el 15% depresión grave.

**Gráfico 11. Ocupación y grado de depresión\***



\*n=128

Fuente: Cédula de entrevista y Escala de Depresión de Yesavage

## 4. DISCUSIÓN

En referencia a las Guías de Práctica Clínica IMSS-194-10, Norma Oficial Mexicana 031-SSA-3-2012 e INEGI (2010), se confirma el crecimiento acelerado de la población adulta mayor, por lo cual se vuelve un punto de enfoque para garantizar la óptima atención en este grupo etéreo.

Es necesario conocer las particularidades de cada patología en esta población, ya que como menciona Casanova y Pérez-Cárdenas <sup>(1,19)</sup>, el paciente acudirá con síntomas depresivos no típicos o evidentes por lo que se pone en evidencia la habilidad del facultativo para hacer el diagnóstico esta patología.

Es necesario poner atención en la consulta de pacientes que acuden frecuentemente y paciente descompensado que no sólo es la patología crónico-degenerativa de base como asegura Juárez y Guarín <sup>(3,4)</sup>. Por lo que es necesario conocer cada etapa del ciclo vital, conocer lo esperado y lo que sin duda pudiere enmascara otras patologías sub diagnosticadas como lo es la depresión.

Velasco-Rodríguez<sup>(5)</sup> nos expone estrategias nacionales, estando de acuerdo con ellas, donde es necesaria la mejor atención, bajo lo dictado de manera oficial algunos con publicación oficial como el diario oficial de la nación donde se hace referencia de la Asistencia social y prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad

Estamos de acuerdo con lo que refiere Rodríguez-García, es evidente que la población es dinámica, como lo es la familia, por lo que es imperioso el uso de herramientas de apoyo diagnóstico adaptable a los cambios transitorios o permanentes de roles y reestructuras familiares. Sin duda siendo necesario conocer la fisiopatología de la enfermedad, sin perder las dimensiones de la misma patología y variantes que nos pudieran hacer confuso el diagnóstico.

Las estadísticas de INEGI, reportan una población adulta mayor de aproximadamente 8.8% y mientras que la población de adultos mayores en Amealco de Bonfil, Querétaro, son de 7.4% de la población estimada para la zona. Las variables estudiadas son consideradas también por Nance Douglas en donde se reporta una prevalencia de depresión del 36% a diferencia de la encontrada en la población estudiada que fue de 28.9% en depresión severa.

De acuerdo al sexo se encontrarán resultados similar a los reportados por Wisen con 53.1% de hombres. A diferencia de Douglas quien refiere que a mayor edad mayor depresión, los pacientes de 60 a 64 años estudiados presentaron mayor depresión, disminuyendo al aumentar la edad.

En base al estado Civil se encontró mayor frecuencia en pacientes casados en el 66%, seguido de viudos en 22% y solteros en un 9%, a diferencia de los reportes por Wiese, en población canadiense y Wagner.

En cuanto a la ocupación, muchos de los encuestados, actualmente ayudan en los labores del hogar, algunos aún siguen laborando en el campo y pocos se refiere como desempleados o inactivos.

Los estudios de Nance Douglas, Wiese y Wagner, reportan depresión en torno a una población general sin estadificar, en el presente estudio se realiza estdificación se acuerdo a los que no tienen depresión, a los que tienen depresión leve y los que tienen depresión severa.

## 5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En el paciente geriátrico es común que simultáneamente padezca más de una patologías. Siendo de mal pronóstico un trastorno de salud mental y cualquier enfermedad física. Con alto desconocimiento en el manejo de estos pacientes nos ha provocado malos manejos farmacológicos como lo es la polifarmacia que dista en mejorar al paciente sino que expone los efectos adversos por interacción medicamentosa. Esta problemática es visible en el primer nivel de atención en donde la poca o nula habilidad subdiagnostica patologías como la depresión, por lo que de la población pocos son derivados a segundo nivel, y menos de la tercer parte de los diagnosticados reciben un tratamiento.

Es útil implementar como rutina la aplicación de instrumentos validados como es la escala de Yesavage para evaluar la depresión en población adulta mayor, es un instrumento con adecuada confiabilidad y fácil de aplicar. Con lo cual se lograra un mejor abordaje

La población estudiada, corresponde a una área rural del estado de Querétaro, los derechohabientes se encuentran con limitantes como la distancia, visible al derivar a un paciente a segundo nivel, donde los apoyos son en el Hospital General de Zona en San Juan del Rio (a 40 min de distancia) y en el caso específico de los servicios de Psiquiatría y psicología, es necesario que sean derivados a Hospital General Regional en la capital del estado (a 120 min de distancia) aunada esta problemática a los costos de traslado, y el requisito indispensable de un familiar de compañía lo que incrementa el costo. Los previo son explicativos en algunos casos de abandonos de tratamiento o limitantes para su inicio. En el primer nivel de atención solo se cuenta con imipramida, no siendo útil para todos los pacientes diagnosticados.

Por lo que es necesario que el equipo inter y multidisciplinario, se ajuste a las características particulares de cada paciente y el entornos del mismo. Siendo

rigurosa la capacitación constante del personal médico para el manejo de paciente geriátrico con depresión en área rural. Se requiere fortalecer y proponer estrategias para reforzar la calidad de la atención de la población geriátrica. Y generar compromisos familiares y de redes sociales para facilitar la obtención de cambios y logros en la calidad de vida del paciente geriátrico, acudiendo a la consulta médica con familiar. Por lo que es necesario otorgar consejería y sensibilizar a la población menor de 60 años de edad para mejorar las redes de apoyo familiar y comunitario. De igual manera optimizar el traslado del paciente y su familiar al segundo nivel para que esto no involucre mayor costo económico y favorecer el abasto de medicamentos en el primer nivel de atención.

Identificar la depresión como factor de riesgo para otras enfermedades. Y no olvidar que el envejecimiento normal es una de las etapas evolutivas del ser humano, en donde se presentan cambios físicos y mentales que no siempre se afectan de la misma manera en todas las personas.

Capacitar a los cuidadores primarios del paciente geriátrico para considerar útil el apoyo al paciente con déficit en sus funciones sensoriales, como son la agudeza visual, auditiva o alteraciones cognitivas, para que la toma de medicamentos, no sea errónea por sobreingesta u omisión de tratamiento.

En cada consulta es importante reevaluar los resultados, optimizar la comunicación con el enfermo y sus familiares acerca del diagnóstico, tratamiento, evolución, y en relación a la latencia de la respuesta y los posibles efectos secundarios del tratamiento.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casanova C, Delgado S, Esteves S. El médico de familia y la depresión del adulto mayor. Medicina Familiar y Comunitaria. Revista Biomedicina Noviembre 2009
2. Castro-Ake GA, Tovar-Espinosa JA, Mendoza-Cruz U. Trastorno depresivo y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus. Aportación Original. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social 2009; 47(4):377-382
3. Guía práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones. Gobierno Federal, México. Actualización 2011.
4. D'Hyver C, Gutierrez RL. Geriatría., 2da edición. Manual Moderno. México. 2009.
5. Guarín JV, López PM, Ortega GE. Pacientes hiperfrecuentadores de atención primaria E.S.E. Hospital San Carlos. Remington. Corporación Universitaria. 2009 .38
6. Censo de Población y Vivienda 2010 INEGI disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/default.aspx>  
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#>  
[http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/PT.asp?s=est&c=27770&proy=cpv10\\_pt](http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/PT.asp?s=est&c=27770&proy=cpv10_pt)  
[http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10\\_pt](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt). Consultado 10/Marzo/2013
7. González-González C. ¿Cuál es la población de adultos mayores al día de hoy? Instituto Nacional de Geriatría. Secretaría de Salud. México. Última modificación: Jueves 24 de Enero de 2013 a las 12:30 hrs. por Eduardo Ángeles. Disponible en URL: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/poblacionam\\_hoy.html](http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/poblacionam_hoy.html)
8. RLC. Red Local de consulta. Instituto Mexicano del seguro Social. SIAIS versión 1.3; [publicación periódica en línea local ARIMAC] DELEGACIÓN: 23.-QUERÉTARO COBERTURAS EN POBLACIONES ADSCRITAS A MÉDICO FAMILIAR \* informe mensual de coberturas y prevalencias >



programas integrados y salud reproductiva: ReporteRLC/Acceso.aspx.  
C:\SIAIS\Reporte\Excel\SaludPublica\201005\232601/PREVENIMSS/201005/232601.-U.M.F.#56-AMEALCO DE BONFIL. Archivo: xls (consultado; 10/Marzo/2013)

9. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
10. Douglas NC. Depresión en adultos mayores. En: Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria. México: Instituto de Geriátría, 2010. ISBN 978-607-460-121-3, 2010; pp. 239-248.
11. Ayllon, .A., Guadarrama, G., Márquez, O. Depresión: estudio comparativo en adultos mayores asistentes y no asistentes a los clubes del DIF de la ciudad de México. Revista Mexicana de investigación en Psicología. 2012. V.4. n.1. pp.58-66
12. Ayuso, J. La depresión en la tercera edad. Avances en psiquiatría biológica. ASOCIACIÓN COLOMBIANA CONTRA LA DEPRESIÓN Y EL PÁNICO ASODEP. Bogota-Colombia 2008 v.9, pp. 81-83.
13. Wagner FA, Gonzalez-Forteza C, Sanchez-Garcia S, Garcia-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud publica México. Salud Mental num 35 3-11 2012 México
14. Miralrío MC, Coffin CN, Álvarez ZM, Jimenez RML, Bejar NC, El Médico General Como Primer Contacto En Usuarios Con Depresión E Ideación Suicida. Rev electrónica de Psicología Iztacala. México 2010 vol13 num 4. Encontrado en el URL : [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin). Consultado 03/marzo /2013
15. Nemeroff CB, Hallazgos Recientes en la Fisiopatología de la Depresión. PSIMONART Georgia USA 2009 2(1) 25-48
16. Goodale EP. Tucker VL, el papel de la norepinefrina y de la dopamina en la depresión. RET Revista de Toxicología. USA N° 50 -2007
17. Heinze G, Camacho PV. Guía clínica para el anejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ed S Berenzon, Jdel Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. (serie: Guías Clínicas para la atención

de trastornos mentales ) México 2010

18. Wiese BS. Geriatric depression: The use of Antidepressants in the elderly. BC MEDICAL JOURNAL. British Columbia. vol. 53. No 7 Sep. 2011
19. Medina-Chávez JH, Torres-Arreola LP, Cortes-González RM, Duran-Gómez V, Martínez-Hernández F, Esquivel-Romero G. Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (6): 669-684
20. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Univ Psychol. Bogota, Colombia vol 10. Num 3 pp735-743 2011 issn 16579267
21. Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28
22. Zavala-Gonzalez MA, Posada-Arevalo SE. Prevalencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa tabasco. Archivos en Medicina familiar. Vol12 num 4 Octubre-Diciembre 2010
23. Avila Ly, Hernandez TI, Secretaría De Salud. Subsecretaría De Prevención Y Promoción De La Salud. Dirección General De Epidemiología. Perfil Epidemiológico Del Adulto Mayor En México 2010. Publicado Junio, 2011
24. Group and NHS Evidence Project team. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 90. Depression: evidence Update april 2012.
25. Zavala HL, Meneses HL, Vazquez HL, trastorno de la marcha en el adulto mayor con polifarmacia en una Unidad de primer nivel de atención. Querétaro, México 2011
26. Riestra A y cols. Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología en México. Grupo de trabajo. Salud Mental: Deterioro cognoscitivo leve, demencias y depresión. Instituto de geriatría. Gobierno Federal salud México 2010 Pp 91- 112

## **7. ANEXOS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DELEGACIÓN QUERÉTARO  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 56

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN  
“DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR”**

Amealco de Bonfil, Qro. A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013. **Número de registro: R-2013-2201-24**

**Justificación y objetivo:** La depresión es la enfermedad mental más frecuente con repercusiones biopsicosociales importantes, segunda causa de discapacidad a nivel mundial, es subdiagnosticada y se desconoce la prevalencia en la unidad, por lo que el objetivo del estudio es: Investigar la prevalencia de la depresión en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 56

**Procedimiento:** Se aplicará un cuestionario validado.

**Posibles riesgos y molestias:** Sólo el tiempo que se requiera para responder el cuestionario.

**Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:** Al conocer la prevalencia de la patología se estará en oportunidad de realizar estrategias encaminadas a prevenir riesgos y manejar oportuna y adecuadamente la patología, en forma integral.

**Participación o retiro:** Se me ha informado que tengo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento que así lo considere sin repercusiones en la atención médica integral al cual tengo derecho.

**Privacidad y confidencialidad:** Se maneja con la privacidad y confiabilidad que marcan el código de conducta de los servidores públicos y sobre los derechos de los pacientes.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Dra. Elizabeth Manzanita Cantor, Médico Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.56 Consultorio 1 vespertino, matrícula: 99231567. cel. 44-23-32-41-12, mail: [e\\_manzanita@hotmail.com](mailto:e_manzanita@hotmail.com)

Dra. María de Jesús Vázquez en la Unidad de Medicina Familiar No. 6 Tel 2722905 ext. 51418

Correo: [maria.vazqueza@imss.gob.mx](mailto:maria.vazqueza@imss.gob.mx)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono

(55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Clave 2810-009-013

Clave 2810-003-002



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN QUERÉTARO  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 56.- AMEALCO DE BONFIL QRO.

**C É D U L A P A R A E N T R E V I S T A** FOLIO \_\_\_\_\_

Para contestar el cuestionario, es importante que no deje ninguna pregunta sin RESPUESTA, contestando lo más honesto posible.

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: (Femenino) (Masculino). Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ CALIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

<b>Escala de Yesavage</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?	SI	NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	SI	NO
5. ¿Tiene usted esperanzas en el futuro?	SI	NO
6. ¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	SI	NO
7. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Tiene usted miedo de que algo le vaya a suceder?	SI	NO
9. ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
10. ¿Se siente frecuentemente desamparado?	SI	NO
11. ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	SI	NO
12. ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13. ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	SI	NO
14. ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás?	SI	NO
15. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
16. ¿Se siente usted desanimado o triste con frecuencia?	SI	NO
17. ¿Siente usted que nadie lo aprecia?	SI	NO
18. ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?	SI	NO
19. ¿Cree usted que la vida es muy interesante?	SI	NO
20. ¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	SI	NO
21. ¿Se siente usted lleno de energía?	SI	NO
22. ¿Siente usted que su situación es desesperante?	SI	NO
23. ¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?	SI	NO
24. ¿Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia?	SI	NO
25. ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	SI	NO
26. ¿Tiene usted problemas para concentrarse?	SI	NO
27. ¿Disfruta usted el levantarse por las mañana?	SI	NO
28. ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	SI	NO
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
30. ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?	SI	NO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2201  
H GRAL REGIONAL NUM 1, QUERÉTARO

FECHA **30/04/2013**

**DRA. MARÍA DE JESÚS VÁZQUEZ ASPEITIA**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-2201-24

ATENTAMENTE

**DR.(A). SALVADOR MALFAVÓN PRADO**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2201

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL