



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CUIDADOS CRÓNICOS DEL HOSPITAL
ESPAÑOL.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA EN GERIATRÍA**

PRESENTA:

TANIA ANTONELLA GÓMEZ MARCIAL

TUTOR:

**ALEJANDRO PABLO MONTIEL ESTRADA
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

MEXICO D.F., NOVIEMBRE 2015



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.

ÍNDICE

Marco teórico	3
Planteamiento del problema	7
Pregunta de investigación	7
Justificación	8
Diseño del estudio	8
Materiales y métodos	9
Análisis estadístico	10
Resultados	11
Conclusiones	20
Apéndice	21
Bibliografía	24

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CUIDADOS CRÓNICOS DEL HOSPITAL ESPAÑOL. MARCO TEORICO

La depresión es una enfermedad mental común, que puede tener un inicio a partir de los 3 años de edad hasta la edad adulta y que afecta a toda la población mundial. De acuerdo a un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS): el Global Burden Disease, nos ofrece un panorama de la repercusión de la depresión con asociado a comorbilidades y el detrimento en la calidad de vida. ⁽¹⁾

Mediante este abordaje el estudio propone evaluar la discapacidad asociado a años de vida (DALY) para determinar la sobrecarga atribuida a las enfermedades y lesiones. Un DALY representa la pérdida de un año de vida saludable y agrega los años de vida que se viven con discapacidad. ⁽¹⁾

En el año 2000, el Global Burden Disease Study clasifica a la depresión como el tercer lugar de enfermedades que condicionan sobrecarga (equivalente a un DALY de 3,7%) solo después de las enfermedades respiratorias y diarreicas. Además de ser una causa principal de discapacidad en un 13.4% en mujeres y 8.3% en hombres ⁽²⁾.

Criterios diagnósticos. De acuerdo a la definición de la Asociación Americana de Cuidados Crónicos (American Medical Directors Association, AMDA) la depresión es un espectro de desórdenes del ánimo caracterizados por una alteración sostenida en el estado emocional, cognitivo, del comportamiento y de la regulación asociada con discapacidad funcional, reducción en la capacidad de sensaciones placenteras y de disfrute.

En la nueva clasificación de enfermedades mentales DSM-5 la depresión se define como la presencia de cinco o más de los síntomas citados en la Tabla 1 que han estado presentes durante el período de más de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas se caracteriza por estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o del placer ⁽³⁾.

Dentro de esta patología se encuentra la depresión de inicio tardío, que es el inicio de los síntomas de depresión mayor a partir de los sesenta años o más. Ocurre dentro de un 5% de la población geriátrica en la comunidad. Asimismo 8 a 16% de los ancianos tienen síntomas significativos de depresión, alcanzando hasta un 30% en las unidades de cuidados crónicos:⁽⁴⁾ que a diferencia de poblaciones más jóvenes, los ancianos tienden a presentar alteraciones neurológicas, incluyendo déficit en pruebas neuropsicológicas, cambios más marcados en los estudios de neuroimagen y riesgo a demencia ⁽⁵⁾. Lo que dificulta su diagnóstico en este grupo de población y que por tal tenemos poca información de su incidencia en la población geriátrica. Para el conocimiento de la incidencia de depresión en ancianos sin demencia contamos con 3 escasos estudios de cohorte que reportan ocho casos por cada 1000 habitantes en Estados Unidos de Norteamérica y veintitrés casos por cada 1000 habitantes en Suecia. El más reciente de los estudios, realizado en los países Bajos con un seguimiento de 8 años demostró una prevalencia de Depresión en ancianos en un 7% por cada 1000 habitantes/año y una recurrencia de 27.5% por cada 1000 personas/año. ⁽⁶⁾

Si bien, no parece una alta incidencia, esto se ira haciendo más significativo con el cambio poblacional. Las Naciones Unidas estiman que para el 2050 existirán 181 millones 218.3 mil habitantes mayores de 60 años representando el 22.5% de la población mundial; de los cuales 18% tendrán más de 80 años. En Estados Unidos se calcula para el 2030 una población de 72 millones de ancianos ⁽⁷⁾.

Por su parte, en México El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) desarrolló estimaciones del envejecimiento de la población mexicana que entrará en un proceso de envejecimiento demográfico cada vez más evidente. En 2010 la población de 60 años y más será de 10,055,379 representando el 6.3% de la población total del país. Se prevé que para 2030 las mujeres, de 60 años y más representen 18.7% del total de las mujeres y los hombres 16.2% del total de la población, con un incremento de la esperanza de vida. Resultando en implicaciones importantes para el sistema de pensión y jubilación así como para el sistema de salud ⁽⁸⁾.

La prevalencia de los trastornos depresivos en las unidades de cuidados crónicos varía entre los estudios por sus diferencias metodológicas. En uno de los estudios se registra una prevalencia de 12.4% y un 35% presentan síntomas depresivos durante su residencia. En otro estudio se reportó una prevalencia del 20% al momento de admisión en residencias de cuidados crónicos. Así como la incidencia de depresión por año en los asilos es de 6.4%. Existen variabilidad en los resultados debido a que los pacientes admitidos en residencias en su gran mayoría presentan demencia, deterioro cognitivo. La depresión se asocia con dependencia y sobrecarga ⁽⁹⁾.

Detección de depresión en residencias. Debido al impacto que puede tener en la salud y en los cuidados de un anciano se debe realizar métodos de detección temprana con valoraciones periódicas. La Escala de Depresión Geriátrica (GDS: Geriatric Depression Scale) es la herramienta más estudiada para la detección de depresión en ancianos sin deterioro cognitivo severo residentes en asilos ⁽⁹⁾. El GDS se ha demostrado como un instrumento útil de evaluación de depresión en personas mayores cuya capacidad cognitiva está intacta, pero no lo es en personas con deterioro cognitivo. El estudio original de validación demostró que la escala presentaba un 84% de sensibilidad y un 95% de especificidad para un punto de corte de 11 puntos. La utilización del GDS en el ámbito clínico puede responder a 2 propósitos; utilizarse como una escala de gravedad en la depresión, esto es, el número de diferentes manifestaciones clínicas de la depresión presentes por una persona. En segundo propósito como un método de cribado de la posible presencia de un trastorno de depresión; para su posterior complementación diagnóstica. ⁽¹⁰⁾

El servicio de prevención de Estados Unidos (US Prevention Task Force) recomienda un screening para un diagnóstico temprano con un adecuado tratamiento y seguimiento, sugiere una evaluación anual para poder detectar depresión ⁽¹¹⁾.

Debe quedar claro que la depresión no es una condición normal del envejecimiento. En su mayor parte se encuentra subdiagnosticada y que el 80% de su detección y tratamiento se hace en el cuidado médico de primer contacto ⁽¹²⁾.

Factores de riesgo asociados a la depresión de inicio tardío: ⁽¹³⁾

- Género femenino.
- Aislamiento social.
- Viudez, divorcio.

- Estado socioeconómico bajo.
- Comorbilidades.
- Dolor no controlado.
- Insomnio
- Abatimiento funcional.
- Deterioro cognitivo.

Además existen enfermedades y condiciones que pueden precipitar el inicio de depresión en el anciano, como son: ⁽¹⁴⁾

- Reciente inicio de una enfermedad crónica.
- Enfermedad grave.
- Enfermedades que condicionen discapacidad y limitación en la movilidad.
- Mal manejo del dolor.
- Múltiples comorbilidades.

Si estos factores los comparamos con las causas de admisión a las unidades de cuidados crónicos en pacientes sin demencia podemos ver que son similares. Uno de los ejemplos más significativos es un estudio longitudinal que se realizó para conocer las causas de ingresos a residencias de cuidados crónicos. Destacando que de una muestra de 1,024 ancianos mayores de 75 años que vivían en la comunidad sin diagnóstico de demencia, un 7.8% de ellos ingreso a una unidad de cuidados crónicos. Las causas principales de admisión fueron: edad avanzada, vivir solo, dependencia funcional, deterioro cognitivo, depresión mayor, enfermedad vascular cerebral, cardiopatía isquémica, un bajo número de visitas o poca vigilancia médica y la necesidad de pagar empleados para sus cuidados ⁽¹⁵⁾.

La Depresión es el mayor factor de riesgo para suicidio en los ancianos, consumándose en un 24% de los intentos suicidas. Los pacientes ancianos tienden a presentar menos intentos suicidas que los adultos jóvenes pero cuando lo intentan logran con éxito. El género masculino tienen la mayor incidencia, y de ellos predominan los caucásicos mayores de 85 años. Estas víctimas de suicidio experimentaban su primer episodio de depresión o habían acudido a alguna valoración médica en el último mes. ⁽¹⁶⁾

Depresión y demencia. La depresión de inicio tardío está asociado con un riesgo elevado de presentar demencia. Un metanálisis en la que se incluyeron estudios observacionales en la comunidad con un total de 49 mil ancianos sin demencia al momento del estudio pero con diagnóstico de depresión que fueron seguidos por una media de cinco años. El riesgo de desarrollar cualquier tipo de demencia fue mucho más elevada en aquellos pacientes con diagnóstico de depresión de inicio tardío comparado con los no deprimidos, riesgo relativo de 1.9, 95% (CI 1.7-2.0). Específicamente la depresión de inicio tardío se asoció más con un incremento en el riesgo de enfermedad de Alzheimer y en segundo la demencia de tipo vascular ⁽¹⁷⁾.

La coexistencia de deterioro cognitivo es común en pacientes con depresión de inicio tardío y puede afectar a múltiples dominios: función ejecutiva, atención y memoria ⁽¹⁸⁾.

Hasta el momento no se concluye si la depresión se manifiesta como un estado prodrómico de la demencia o sea un factor de riesgo independiente para el desarrollo del mismo.

Patogénesis. Los avances en el campo de la neuropsiquiatría están proporcionando una visión en el entendimiento de la depresión. En lo que respecta a la depresión de inicio tardío se evidencia un daño a nivel de la corteza subcortical de predominio en el lóbulo frontal y especialmente en la vía estriado-pálido-talamocortical. Presencia de Neurodegeneración así como la implicada en la demencia de tipo vascular; la enfermedad cerebrovascular también tiene influencia en la susceptibilidad a depresión de inicio tardío. Asimismo, la atrofia cerebral, el incremento en la sustancia blanca subcortical y lesiones isquémicas periventriculares comúnmente se observan en los estudios de neuroimagen de los pacientes con depresión ^(18, 19).

Tratamiento. Un tratamiento exitoso en la depresión en ancianos depende de muchos factores: la condición del paciente debido a sus comorbilidades, vigilancia una vez iniciado el tratamiento farmacológico, vigilar y conocer los efectos adversos del fármaco iniciado.

Una historia clínica y adecuada examinación nos debe orientar al tratamiento más adecuado. Los aspectos de la historia clínica de especial importancia en el manejo de la depresión en los ancianos son:

- Riesgo de suicidio. Incluyendo ideaciones y planeación.
- Presencia de síntomas psicóticos; como desesperanza, insomnio, malnutrición.
- Evaluación de los medicamentos prescritos del paciente y sus posibles efectos adversos que pudieran condicionar síntomas depresivos (benzodiazepinas, depresores del sistema nervioso central, opioides) o abuso de alcohol.
- Consideración de otras condiciones médicas como hipotiroidismo, diabetes, síndromes dolorosos,
- Antecedente de depresión previa.
- Antecedente de historia familiar de depresión.

Tratamiento Farmacológico.

- Las primeras medidas son los cambios en el estilo de vida; incrementar la cantidad de actividad física así como mejorar el estado nutricional. Aunque estas intervenciones son insuficientes sin la combinación de farmacoterapia, psicoterapia o ambas.
- Inhibidores selectivos de Recaptura de Serotonina (SSRI), son los medicamentos de primera línea ya que son más efectivos que placebo y en alcanzar remisión de los síntomas.
- Inhibidores selectivos de noradrenalina y serotonina (sNRIS) se utilizan cuando no se alcanza una adecuada respuesta con los SSRI dentro de estos el fármaco que alcanzo mejor respuesta fue Duloxetina comparada con Venlafaxina en mejoría de los síntomas depresivos. Aunque son más frecuentes los eventos adversos comparados con SSRI.

Se alcanzó una remisión de los síntomas de hasta 50% (55-60%) comparado con placebo (26-40%), siendo no tan eficaz para la mejoría de los síntomas leves.

Para los síntomas graves se encontró una mayor eficacia con citalopram. Los antidepresivos tricíclicos tienen una eficacia similar a los SSRI pero con una mayor prevalencia de efectos adversos y de riesgo cardiovascular; sobre todo de tipo isquémico cerebral documentado en los criterios de Beers.

Nuevos medicamentos como Mirtazapina alcanzan una eficacia de hasta 41%. Los antipsicóticos de segunda generación como Olanzapina y Aripiprazol en depresión mayor sin síntomas psicóticos han mostrado una relativa eficacia cuando no responden a los antidepresivos de primera línea, sin embargo, aún falta completar protocolos de estudio que refuercen esta recomendación.

En la Tabla 2 se enlistan los fármacos antidepresivos de elección con las dosis recomendadas en pacientes ancianos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se ha descrito una alta prevalencia de depresión en los pacientes en cuidados crónicos, sin embargo no se cuenta suficiente información en este grupo específico y aún menos en nuestro país.

Asimismo se ha identificado una correlación entre depresión y deterioro cognitivo. Así como mayor dependencia y utilización de recursos sanitarios.

La limitante en la depresión geriátrica es atribuido a múltiples condiciones médicas que limitan el diagnóstico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español?

¿Hay una diferencia en la gravedad de la depresión entre los pacientes con depresión que reciben tratamiento antidepresivo?

¿Hay una asociación concomitante con el diagnóstico de deterioro cognitivo?

¿Por lo antes planteado, la depresión condiciona mayor dependencia para los cuidados?

JUSTIFICACIÓN.

La sobrevida en los pacientes geriátricos ha incrementado en nuestro país y se desconoce la respuesta del tratamiento establecido.

Si bien la depresión no es causa directa de mortalidad, dicha patología si incrementa la morbilidad y deteriora la calidad de vida. Se ha considerado una relación entre depresión y deterioro cognitivo y dependencia funcional.

El tratamiento mejora la calidad de vida en los pacientes en cuidados crónicos. El objetivo es disminuir la presentación de síndromes geriátricos.

DISEÑO DEL ESTUDIO. Estudio transversal descriptivo, analítico.

El estudio se realizará de octubre del 2014 a julio del 2015 en el Hospital Español de México con la participación de los pacientes residentes de las salas 2, 3, 11, 12 y Plácido Domingo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

- Pacientes mayores a 65 años de edad residentes en salas del asilo del Hospital Español.
- Que hayan autorizado su participación firmando la carta de consentimiento informado.
- Pacientes con un puntaje en la escala del minimental de Folstein normal (30 puntos), deterioro cognitivo leve (29-24 puntos) y deterioro cognitivo moderado (23 a 19 puntos).
- Contar con una historia clínica completa
- Hombres y mujeres.

Criterios de no inclusión.

- Pacientes con diagnostico de deterioro neurocognitivo mayor (DSM-5)
- Pacientes con FAST a partir de un puntaje de 6
- Pacientes quien recientemente hayan tenido hospitalización en los últimos 30 días.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que soliciten salir del estudio sin completar las evaluaciones requeridas.
- Egreso de la residencia del Hospital Español.
- Defunción durante el tiempo de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Una vez seleccionados los pacientes que autoricen su participación en el estudio y sin datos de deterioro cognitivo severo, se realizaron pruebas mediante escalas diagnósticas para el tamizaje de:

1. Índice de comorbilidad de Charlos ajustada a la edad. Parte importante de la hipótesis es que las comorbilidades incrementan la depresión. A su vez la edad se ha estudiado como parte del incremento en la mortalidad. ⁽²⁰⁾

2. Minimal de Folstein. El Minimal State Examination (MMSE) es una prueba neuropsicológica breve muy utilizada para realizar evaluación cognitiva. Fue desarrollado por Marshall Folstein en 1975 con el objeto de contar con una herramienta rápida y fácil de aplicar para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos. Un estudio reciente de la International Psychogeriatric Association mostró que el MMSE es la prueba de tamizaje más frecuentemente utilizada en la evaluación de enfermedades neuropsiquiátricas, utilizándose en estudios clínicos y epidemiológicos de diversas patologías como demencias, delirium, retardo mental, depresión, esquizofrenia y otras patologías. Para su clasificación se divide en: ⁽²¹⁾

Puntuación máxima: 30

30: normal

29 – 24: deficit leve. Puede ser provocado por estado depresivo o bajo nivel cultural

19 – 23: deterioro cognitivo leve

14 – 18: deterioro moderado

<14: deterioro cognitivo grave

3. Depresión; Mediante la escala de GDS -15 (Global Deterioration Scale o Yesavage). Mediante este cuestionario se hará el tamizaje de los pacientes para descartar síntomas depresivos. El puntaje se define como: **Normal** (0 a 4 puntos), **sugestivo de Depresión** (5 a 10 puntos) y **Depresión establecida** (11 a 15 puntos).⁽²²⁾

4. Dependencia en las actividades básicas de la vida diaria: esta medición se realizó mediante el empleo de 2 escalas.

La primera es la escala de Katz. Los resultados a analizar son los siguientes: ⁽²³⁾

A. Independiente para todas las funciones

B. Independiente para todas menos una cualquiera

C. Dependiente para el baño y otra cualquiera

D. Dependiente para baño, vestido y otra cualquiera

E. Dependiente para baño, vestido, uso wc y otra cualquiera

F. Dependiente para baño, vestido, uso wc, movilidad y otra cualquiera

G. Dependiente en todas las funciones

La segunda escala utilizada es el índice de Barthel con los siguientes interpretaciones: ⁽²⁴⁾.

< de 20 Dependencia total.

20 a 35 Dependencia grave.

40 a 55 Dependencia moderada.

> de 60 Dependiente leve

100 Independiente.

5. Dependencia en las actividades instrumentadas. Esta medición se obtiene con la escala de Lawton Brody que se define como un instrumento rápido de aplicar basado en preguntas que pueden ser contestadas por el paciente o el cuidador y que nos sirve como para conocer las habilidades para el desempeño en la comunidad sobretodo para un plan de egreso hospitalario y un seguimiento con evaluaciones posteriores. La desventaja es el auto reporte de las capacidades que puede discernir de la habilidad que se evalúa y la otra es que solo hay puntaje de 0 para dependencia total y 8 para independiente. ⁽²⁵⁾
6. Comparar entre los pacientes con diagnóstico de depresión y tratamiento farmacológico menor a 12 semanas y más de 12 semanas el puntaje que presentan en la escala de GDS-15.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias simples y porcentajes para las variables cualitativas; en tanto las variables numéricas fueron expresadas mediante medidas de tendencia central: promedio y desviación estándar en caso de una distribución normal o bien mediana y percentiles 27 y 75 en caso de distribución no normal. Para evaluar dicha normalidad se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk.

Se calculó la prevalencia de depresión en base a la Global Deterioration Scale -15, considerándola con un puntaje de 5 o más; y para evaluar la severidad de la depresión entre los pacientes con y sin medicación antidepressiva, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Finalmente para comparar las características entre los grupos con y sin depresión, se utilizaron las pruebas X² para variables cualitativas, y las pruebas de T de Student o U de Mann-Whitney, dependiendo de su distribución normal o no normal.

Un valor de $p < 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

El análisis se llevó a cabo utilizando el programa estadístico Stata versión 12.

RESULTADOS

Características generales.

En el estudio, se incluyeron 56 pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español. El 66.1% fueron mujeres (**Figura 1**) y el promedio de edad fue de 83.4 ± 7.8 años. El 37.5% de los pacientes tuvo estado civil soltero y viudo respectivamente (**Figura 2**). El 62.5% de los pacientes presentó un cuidador asignado, la mayoría (41.1%) de 12 horas (**Figura 3**) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características generales de los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

Característica	n=56
Sexo masculino	19 (33.9)
Sexo femenino	37 (66.1)
Edad, años	83.4 ± 7.8
Estado civil	
Soltero	21 (37.5)
Viudo	21 (37.5)
Casado	10 (17.9)
Divorciado	4 (7.1)
Cuidador asignado	
No	21 (37.5)
Si	35 (62.5)
8 horas	4 (7.1)
12 horas	23 (41.1)
24 horas	8 (14.3)

Los datos se presentan como número (%) o promedio \pm desviación estándar

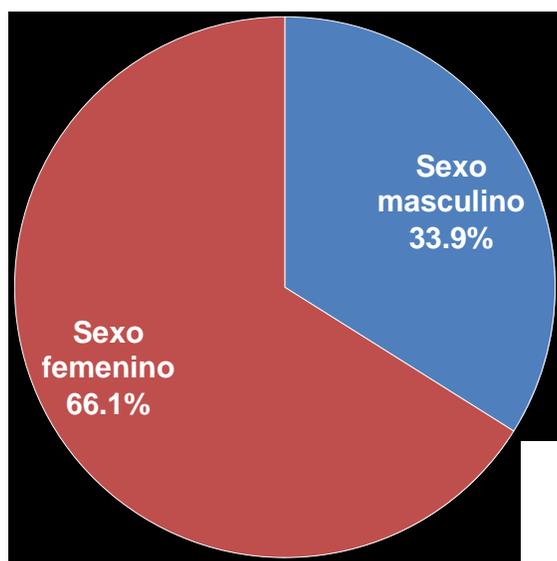


Figura 1: Distribución del sexo de los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

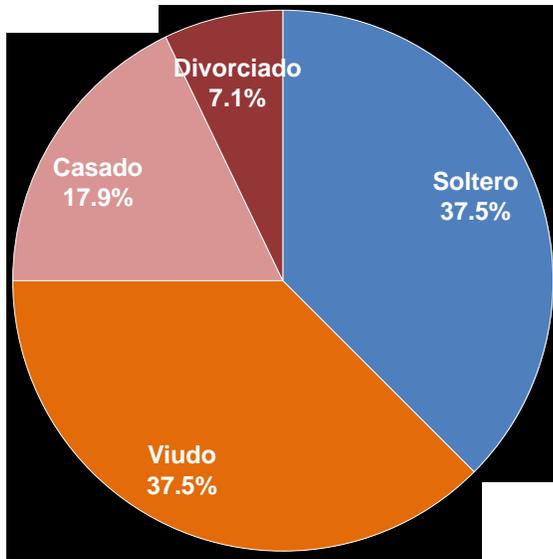


Figura 2: Estado civil de los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

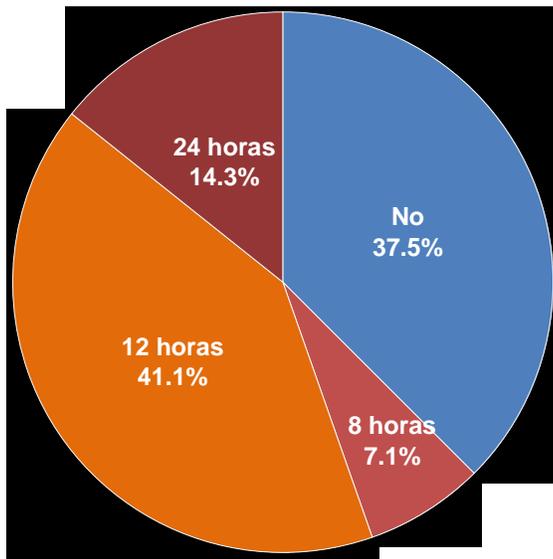


Figura 3: Cuidador asignado a los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

Mediciones de las escalas diagnósticas.

Un total de 82.1% de los pacientes presentaron comorbilidades (Figura 4) y un 12.5% usaban auxiliar auditivo. La categoría de la escala de Katz fue la A (25.7%) seguida de la B (21.4%) (Figura 5). Con respecto a las escalas diagnósticas, el minimal de Folstein tuvo una mediana de 25.5 puntos, la escala de Lawton y Brody de 4.5 y el índice de Barthel de 82.5. La Geriatric depression Scale -15 tuvo una mediana de 5.5 puntos (Tabla 2).

Tabla 2. Mediciones de las escalas diagnósticas en los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

Característica	n=56
Presencia de comorbilidades	46 (82.1)
Uso de auxiliar auditivo	7 (12.5)
Escala de Katz	
A	20 (35.7)
B	12 (21.4)
C	6 (10.7)
D	7 (12.5)
E	4 (7.1)
F	6 (10.7)
G	1 (1.8)
Minimal de Folstein	25.5 (22,28)
Escala de Lawton y Brody	4.5 (3,6)
Geriatric Depression Scale -15	5.5 (3,8.5)
Índice de Barthel	82.5 (62.5,96)

Los datos se presentan como número (%) o mediana (percentil 25, 75)

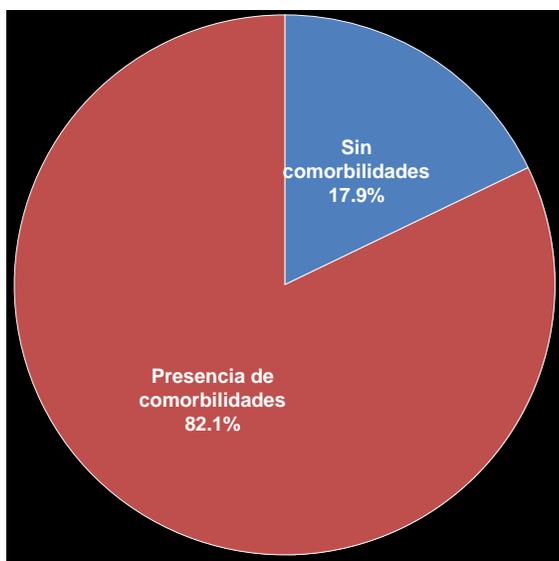


Figura 4: Frecuencia de comorbilidades en los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

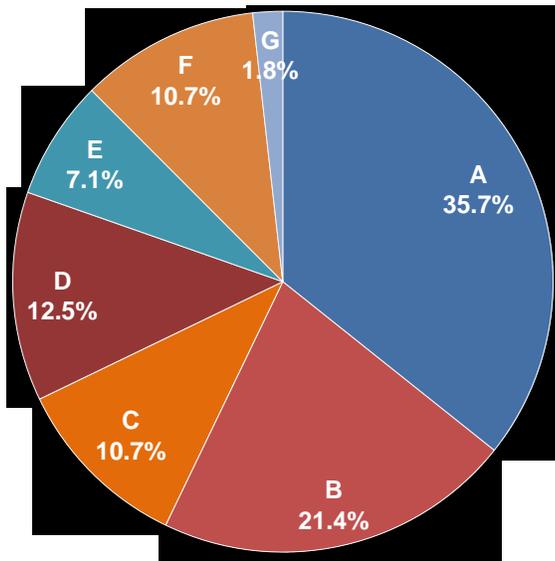


Figura 5: Distribución de las categorías de la escala de Katz en los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

Uso de medicamentos antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos.

El 46.4% de los pacientes presentaron uso de medicamentos antidepresivos, siendo el más frecuente la mirtazapina (14.3%) y la duloxetina (10.7%); el 53.6% presentaron uso de ansiolíticos, siendo el más frecuente el clonazepam (26.8%) y zolpidem (10.7%). Finalmente el 19.6% de los pacientes refirieron uso de antipsicóticos, siendo el más frecuente la quetiapina (14.3%) (Tabla3, Figura 6)

Tabla 3. Uso de medicamentos antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos en los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

Característica	n=56
Uso de anti-depresivos	26 (46.4)
Mirtazapina	8 (14.3)
Duloxetina	6 (10.7)
Sertralina	4 (7.1)
Escitalopram	5 (8.9)
Citalopram	4 (7.1)
Paroxetina	1 (1.8)
Uso de ansiolíticos	30 (53.6)
Clonazepam	15 (26.8)
Zolpidem	11 (19.6)
Lorazepam	6 (10.7)
Alprazolam	3 (5.4)
Bromazepam	2 (3.6)
Uso de antipsicóticos	11 (19.6)
Quetiapina	8 (14.3)
Risperidona	2 (3.6)
Olanzapina	1 (1.8)

Los datos se presentan como número (%)

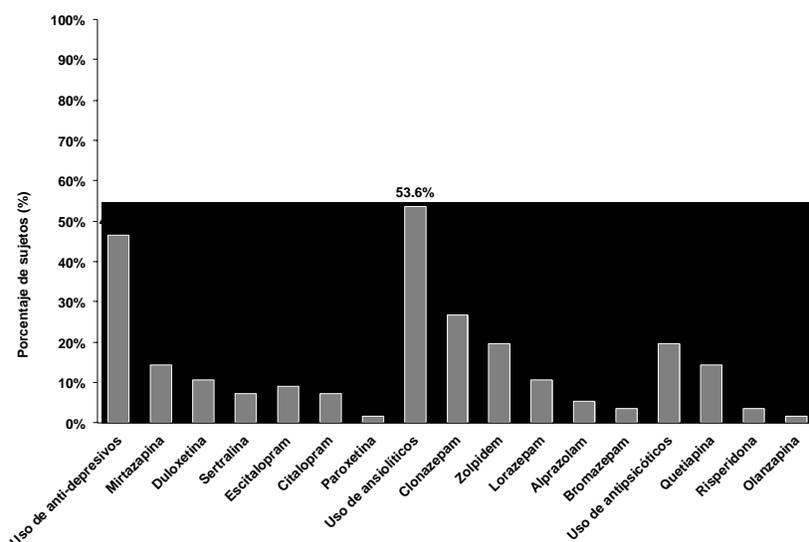


Figura 6: Frecuencia de uso de medicamentos antidepressivos, ansiolíticos y antipsicóticos en los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

Prevalencia de depresión.

El antecedente conocido de depresión fue observado en el 51.8% de los pacientes.

Con respecto a las categorías de la escala Geriatric Depression Scale -15, el 41.1% presentó estado normal y el 58.9% presentaron depresión (37.5% depresión sugestiva y 21.4% depresión establecida) (**Tabla 4, Figura 7**).

Tabla 4. Prevalencia de depresión en los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

Característica	n=56
Antecedente de depresión	29 (51.8)
Depresión	33 (58.9)
Normal (GDS 0 a 4 pts)	23 (41.1)
Depresión sugestiva (GDS 5 a 10 pts)	21 (37.5)
Depresión establecida (GDS 11 a 15 pts)	12 (21.4)

Los datos se presentan como número (%). GSD: Global Deterioration Scale -15

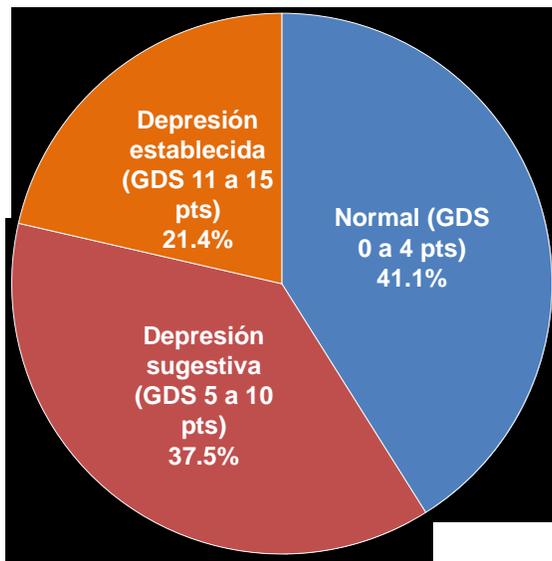


Figura 7: Prevalencia de depresión en los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

Puntaje de la Geriatric Depression Scale, de acuerdo al antecedente de uso de medicamentos antidepresivos.

Se observó una diferencia significativa en las medianas del puntaje de la Geriatric Depression Scale entre los grupos de pacientes con y sin medicamentos antidepresivos. Aquéllos que recibieron esta medicación presentaron un mayor puntaje (7 vs 4, $p < 0.001$) (Figura 8).

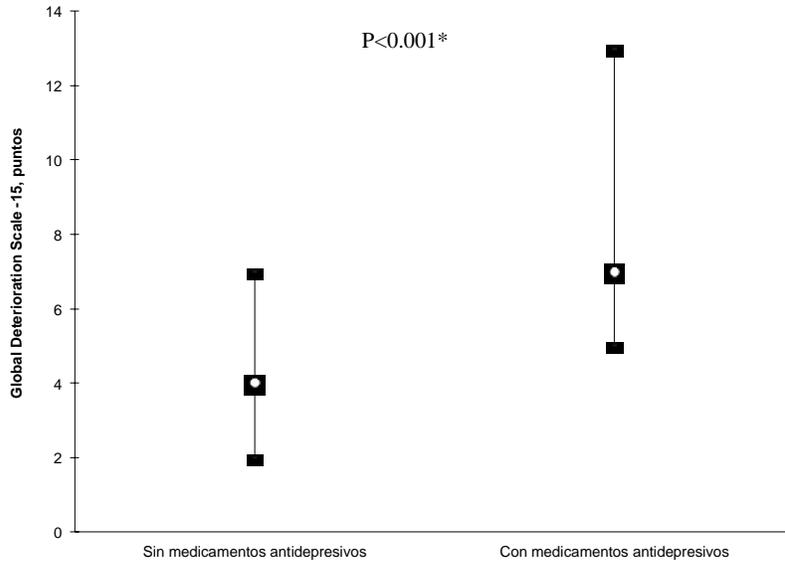


Figura 8: Puntaje de la escala GDS -15, de acuerdo al uso de medicamentos antidepresivos, en los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español

Características de acuerdo a la presencia de depresión.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a deterioro cognitivo al comparar las características de los pacientes con y sin depresión. Sin embargo el grupo con depresión presentó un mayor porcentaje de mujeres, de cuidador asignado, de presencia de comorbilidades de uso de ansiolíticos y antipsicóticos y menor puntaje de la escala de Barthel (**Tabla 5**).

Tabla 5. Características generales de los pacientes residentes en cuidados crónicos del Hospital Español, de acuerdo a la presencia de depresión

Característica	Con (n=33)	de depresión Sin (n=23)	de depresión p
Sexo masculino	8 (24.2)	11 (47.8)	
femenino	25 (75.8)	12 (52.2)	0.067
Edad, años	83.0 ± 7.8	84 ± 7.8	0.650
Estado civil			
Soltero	11 (33.3)	10 (43.5)	
Viudo	11 (33.3)	10 (43.5)	
Casado	7 (21.2)	3 (13.0)	
Divorciado	4 (12.1)	0 (0)	0.257
Cuidador asignado			
No	11 (33.3)	10 (43.5)	
Si	22 (66.7)	13 (56.5)	0.352
8 horas	3 (9.1)	1 (4.3)	
12 horas	15 (45.5)	8 (34.8)	
24 horas	4 (12.1)	4 (17.4)	0.636
Presencia de comorbilidades	28 (84.8)	18 (78.3)	0.527
Uso de auxiliar auditivo	4 (12.1)	3 (13.0)	0.918
Escala de Katz			
A	9 (27.3)	11 (47.8)	
B	7 (21.2)	5 (21.7)	
C	5 (15.2)	1 (4.3)	
D	4 (12.1)	3 (13.0)	
E	4 (12.1)	0 (0)	
F	4 (12.1)	2 (8.7)	
G	0 (0)	1 (4.3)	0.280
Minimental de Folstein	25 (22,28)	26 (23,29)	0.492
Escala de Lawton y Brody	4 (3,6)	5 (3,7)	0.110
GDS -15	8 (6,13)	3 (2,4)	<0.001*
Índice de Barthel	75 (60,95)	90 (65,100)	0.182
Uso de ansiolíticos	22 (66.7)	7 (30.4)	0.336
Uso de antipsicóticos	9 (27.3)	2 (8.7)	0.571

Los datos se presentan como número (%), promedio ±desviación estándar ó mediana (percentil 25, 75). Valor de p mediante prueba X², T de Student o U de Mann-Whitney *p<0.05

CONCLUSIONES.

En el análisis estadístico no se encontró una relación significativa con respecto a depresión y el incremento del riesgo en deterioro cognitivo. Sin embargo, es importante destacar que la muestra es limitada. Se concluye que la depresión es un problema que condiciona dependencia, mayor empleo de servicios de salud como son cuidadores ya sea por contrato o familiares, demanda médica y vigilancia periódica; si bien, esta información además destaca la evidencia de que existe una disminución en los síntomas en aquellos pacientes que reciben tratamiento antidepresivo una vez realizado el diagnóstico de depresión comparado con el grupo sin tratamiento. Asimismo esto reduce los costos en hospitalización, cuidados y demanda de personal y en un estudio prospectivo valdría la pena conocer si existe una mejoría en la calidad de vida y si estos pacientes desarrollan un potencial rehabilitador para su independencia, una vez que para los fines de estudio no se demostró un deterioro cognitivo comparado con los pacientes sin depresión.

Tabla 1.

Criterios DSM-5 para el diagnóstico de depresión mayor.	
A	<p>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado).</p> <p>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días</p> <p>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no necesariamente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento)</p> <p>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse ampara tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir) ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
B.	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.
C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
<p>Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor</p>	
<p>Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. Ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.</p>	
D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por in trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Tabla 1.

E	Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos de otra afección médica.
	Especificar:
	Con ansiedad
	Con características mixtas.
	Con características melancólicas.
	Con características atípicas.
	Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
	Con catatonía.
	Con inicio en el periparto.
	Con patrón estacional (patrón recurrente).

Tabla 2

Fármacos recomendados en el tratamiento de depresión en el anciano.

FLUOXETINA	10 mg	20-30 mg
PAROXETINA	10 mg	20-30 mg
SERTRALINA	25 mg	50-100mg
CITALOPRAM	10 mg	20-30 mg
ESCITALOPRAM	5 mg	10-20 mg
VENLAFAXINA	37.5 mg	75-150 mg
BUPROPION	150 mg	150 a 300 mg
MIRTAZAPINA	7.5 mg	15-45 mg

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med* 10(11): e1001547.
- (2) Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ (2004) Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 184: 386–392
- (3) Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington Va, American Psychiatric Association, 2013: 103-108.
- (4) Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer RH, Hooger C, Lawlor BA, Kivela S, Lobo A, Magnusson HM, Mann AH, Meller I, Prince MJ, Reischies FR, Olands MS, Koog IT, Turina C, de Vries MW, Wilson KC Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* 2004;3 (1) 45- 49?
- (5) Taylor WD. Depression in the elderly 2014. *NEJM* 371;13: 1228-1236.
- (6) Luijendijk HJ, Van Den Berg JF, Marieke JH, et. al. Incidence and recurrence of late-life Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(12):1394-1401.
- (7) He W, Sengupta M, Velkoff VA, DeBarros KA. US Census Bureau, Current Population Reports, in the United States: 2005. Washington, DC: US Government Printing Office, 2005: 203-218.
- (8) Consejo Nacional de la Población. Proyecciones de la población en México. 1a Edición. 2006. México. ISBN 970-628-865-1.
- (9) Thakur M, Blazer DG. Depression in long term care. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9: 82–87.
- (10) Izal M, Montorio I, Nuevo R, et. al. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42(4): 227-32.
- (11) Mojtabai R. Diagnosing depression in older adults in primary care. *N Engl J Med* 2014;370:1180-2R. Diagnosing depression in older adults in primary care. *N Engl J Med* 2014;370:1180-2
- (12) Nelson JC, Delucchi KL, Schneider LS. Moderators of outcome in late-life depression: a patient-level meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2013.170:651.
- (13) Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1147.
- (14) Reynolds CF 3rd, Dew MA, Frank E, et al. Effects of age at onset of first lifetime episode of recurrent major depression on treatment response and illness course in elderly patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155:795.
- (15) Luppá M, Luck T, Matschinger H, et. al. Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission - results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *BMC Health Services Research* 2010, 10:186
- (16) Dombrowski AY, Szanto K, Clark I, et.al. Reward signals, Attempted suicide and impulsivity in Late Life Depression. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(10):1020-1030.
- (17) Diniz BS, Butters MA, Albert SM, et al. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry* 2013; 202:329.
- (18) Kumar A, Jin Z, Bilker W, et al. Late-onset minor and major depression: early evidence for common neuroanatomical substrates detected by using MRI. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1998; 95:7654.

- (19) Sheline YI, Price JL, Vaishnavi SN, et al. Regional white matter hyperintensity burden in automated segmentation distinguishes late-life depressed subjects from comparison subjects matched for vascular risk factors. *Am J Psychiatry* 2008; 165:524.
- (20) Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol.* 1994;47(11):1245-51. Pubmed PMID: 7722560
- (21) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.*1975; 12(3):189-98.
- (22) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 17: 37-49, 1983.
- (23) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. *JAMA* 1963;185:914-919
- (24) Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.
- (25) Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.