



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
LEÓN, GUANAJUATO

**“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 47”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANA LAURA SERNA GONZÁLEZ

ASESOR DE TESIS:

Dr. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

LEÓN, GUANAJUATO 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.

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA
UNIDAD DE MEDICINA No. 47**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANA LAURA SERNA GONZÁLEZ
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN UMF No13
MATRÍCULA 99112988
TELEFONO 4423181662
sophiserna@hotmail.com

[Handwritten signature]
AUTORIZACIONES:

[Handwritten signature]
DRA. MAYRA TANIVET LÓPEZ CARRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EM EL IMSS
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO
MATRÍCULA 11702125
CELULAR 4772234646
mayra.lopez@imss.gob.mx

[Handwritten signature]
DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ
ASESOR DE TESIS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE
LEÓN, GUANAJUATO
MATRÍCULA 99110715
TELEFONO 7163737 EXT 31407
raul.hernandez@imss.gob.mx

[Handwritten signature]
DRA. ALICIA CAMACHO GUERERO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN UMF 47
MATRÍCULA 99111668
TELEFONO 7163737 EXT 31407
aliciacamacho@imss.gob.mx

LEÓN, GUANAJUATO 2015

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47**

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

PRESENTA

DRA. ANA LAURA SERNA GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por concederme la oportunidad de vivir esta gran experiencia. Por ser mi guía y fortaleza para alcanzar esta meta.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social, por darme la oportunidad de ser parte de ellas, y fraguarme como profesional

A mi asesor, el Dr. Raúl Hernández Ordóñez, por su paciencia, dedicación y enseñanza, y sus valiosas aportaciones para la realización de esta tesis.

A mis compañeros por las oportunidades brindadas. Así como por compartir grandes momentos de alegría, tristeza.

DEDICATORIA

A mi padre por siempre darme la fortaleza para seguir adelante, siempre estás en mi mente y corazón.

A mi madre por su apoyo, por su capacidad de entrega, durante toda mi vida y en especial durante estos tres años, al cuidar a mis hijas en los largos periodos de ausencia.

A mis hijas, Sofía Serna González y Regina Gómez Serna por su amor incondicional, y paciencia, durante el poco tiempo que les brinde durante estos años.

A mi hermano César Alberto Serna González, por ser parte de su vida y darme un espacio en su corazón, por estar ahí en el momento preciso cuando más te necesité.

A mi profesora Mayra T. López C. por estar siempre en los momentos difíciles, y siempre con una palabra de aliento.

AGRADECIMIENTOS.....	4
DEDICATORIA.....	5
RESUMEN:	8
I. MARCO TEÓRICO	9
ADULTO MAYOR.....	9
ENVEJECIMIENTO.....	10
CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN	11
• DEPRESION MAYOR: Equivale en términos generales a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena, acompañada de graves síntomas ansiosos, cuyo horario, predominantemente matutino, puede acompañarse de agitación y/o inquietud marcada.	11
• DEPRESION MENOR: Correspondería a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad. (18).....	12
EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR	12
FACTORES DE RIESGO.....	13
PÉRDIDA DE LA AUTOESTIMA.....	14
LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES	15
LA DEPRESIÓN DE LOS HOMBRES.....	15
DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES	15
CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS.....	16
SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN	17
CRITERIOS DEL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.....	17
CRITERIO A Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuáles el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes) al menos un periodo de 2 semanas. Estos síntomas suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.....	17
CRITERIO B. Señala el no - cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos) trastornos esquizofrénicos o esquizoafectivo.....	18
CRITERIO C. Los síntomas provocan un malestar significativo, así como un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.	18
CRITERIO D Y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia, tóxica o un medicamento. (20).....	18
LA SOCIEDAD ACTUAL Y EL ADULTO MAYOR	19
II. JUSTIFICACIÓN	21

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
III. OBJETIVOS.....	23
OBJETIVO GENERAL.....	23
OBJETIVO ESPECIFICOS	23
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	24
TIPO DE ESTUDIO	24
LUGAR Y TIEMPO A DESARROLLARSE:	24
POBLACIÓN:	24
TAMAÑO DE LA MUESTRA:.....	24
MUESTREO:.....	24
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
INCLUSIÓN.....	24
EXCLUSIÓN.....	25
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	25
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:.....	26
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO:	26
V. RECURSOS Y MATERIALES ECONÓMICOS	27
RECURSOS HUMANOS: Un alumno del curso de especialización en Medicina Familiar	27
VI. ASPECTOS ÉTICOS	28
RESULTADOS.....	29
VII. DISCUSIÓN.....	32
VIII. CONCLUSIÓN	33
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	34
X. ANEXOS.....	37
CUESTIONARIO DE YASAVAGE	37
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	38
DICTAMEN DE SIRELCIS	40

RESUMEN:

TITULO: Prevalencia de la Depresión en el adulto mayor en la unidad de medicina No. 47

ANTECEDENTES: La depresión ocupa el 4o lugar dentro de las causas de incapacidad en el mundo y de acuerdo a las estimaciones de la OMS pasara al 2o lugar en el 2020 detrás de las enfermedades isquémicas. El 25% de las personas las mayores de 65 años padecen de algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente con consecuencias negativas en la calidad de vida. En la actualidad se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuente entre la población de diversos países con prevalencia de 5.8% a 10% como sucede en México, la presencia de esta es más frecuente en grupos de edad avanzada, especialmente en el género femenino.

OBJETIVO: Se conoció la prevalencia de la depresión en al adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar 47 Leon, Guanajuato

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, a 200 adultos mayores de 65 años, muestra calculada considerando el 95% de nivel de confianza y una proporción esperada del 5%. Se aplicó el cuestionario de Yesavage, para medir la depresión. Se empleó una estadística descriptiva para describir las medidas de tendencia central y tablas de frecuencia.

RESULTADOS: Se estudiaron 200 adultos mayores con un promedio de edad de 70.4 ± 3.3 años de edad, 58% mujeres y 42% hombres. La prevalencia de depresión encontrada en el adulto mayor fue de 32.5%, en hombres 18% y en mujeres 14.5%. Distribuida en 30.5% con depresión moderada y 2% con depresión severa.

CONCLUSIONES: La prevalencia encontrada (32.5%) aunque es relativamente alta, se encuentra por debajo de la media tanto estatal como nacional (37 y 40% respectivamente).

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, DEPRESIÓN y ADULTO MAYOR

I. MARCO TEÓRICO

La depresión cuyo significado en latín : DEPRESSIO significa "hundimiento" es un problema de salud mental que no discrimina edad, sexo, raza, religión, cultura ni condición socioeconómica, que puede ser prevenida, y con un tratamiento adecuado a los pacientes desarrollan una vida saludable. Ocupa el cuarto lugar dentro de las causas de incapacidad en el mundo y de acuerdo a las estimaciones de la OMS pasara al segundo lugar en el 2020 detrás de las enfermedades isquémicas. El 25% de las personas mayores de 65 años padecen de algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente con consecuencias negativas en la calidad de vida. (1,2)

La depresión (descrita por Hipócrates desde el siglo IV como melancolía), es un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al enfermo como su familia. En la actualidad se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diversos países, con una prevalencia de 5.8% a 10% como sucede en México, la presencia de ésta es frecuente en grupos de edad avanzada, especialmente en el género femenino. La depresión es de origen multifactorial con participación orgánica y psicosocial. El pensamiento actual, menciona la contribución de estrés provocados por acontecimientos adversos en la vida actual (1-,3)

El escritor William Styron, quien padeció una severa depresión, escribió: "Misteriosamente y de maneras totalmente ajenas a la experiencia natural, la horrible llovizna gris inducida por la depresión adquiere la calidad del dolor físico". (3)

El célebre primer ministro, Winston Churchill quien también padeció depresión se refería a esta como un "perro frío". (4)

La depresión es una enfermedad; no es una cosa de "voluntad" ni un proceso normal de envejecimiento. No obstante, es un enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte. (4)

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es: tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios. (2,6)

ADULTO MAYOR

El acuerdo de Kiev (1979) clasifica a los adultos mayores según la expectativa de vida del país en que reside. Se considera adulto mayor a las personas de 60 años o más que viven en países desarrollados.

La OMS define a la persona mayor de 65 años a partir de 1982, introducen el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo un estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional. En algún momento se clasificó al adulto mayor (AM) en sano enfermo, frágil o de alto riesgo demente y terminal de acuerdo a las situaciones de salud o enfermedad en qué se encontraban; en la actualidad ya no se utiliza dicha clasificación. (1, 4,5)

En abril de 1994, la Organización Panamericana de la Salud decidió emplear el término "adulto mayor" que abarca una visión integral, interdisciplinaria y holística (es decir la relación de sus partes pero sin separarlo). (8)

ENVEJECIMIENTO.

Se puede definir el envejecimiento como la suma de aquellos cambios fisiológicos irreversibles que afectan gradualmente a todos los individuos de una especie solo si viven por un periodo suficientemente largo. El envejecimiento lleva implícito una creciente incapacidad del organismo de una persona de mantener por sí solo y de realizar las cosas que hacía antes. Es un proceso que implica la disminución de la funcionalidad sistémica del organismo y esto experimenta variabilidad de acuerdo a las características particulares del estilo de vida y las condiciones socioeconómicas del país. (7,8)

Actualmente, en México hay muy pocos estudios científicos publicados sobre la depresión en adultos mayores. Lo más problemático es que son muy pocas las personas con depresión que entran en tratamiento. Los autores señalan la escasa información sobre este problema nivel nacional.

Pando Moreno et al. (2001) han visto una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres, 27% en hombres. Aparecieron como mayores factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil (viudas). (9)

Bello et al. (2005) han observado una prevalencia de depresión de adulto mayor a nivel nacional de 4.5%; con el 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia de la depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos; resulta significativo que los niveles más altos de depresión se presentan entre los hombres que viven en áreas rurales. (9,10)

Hay importantes brechas de información acerca de la depresión entre los adultos mayores. Atender este tema puede ayudar a contribuir significativamente a disminuir la discapacidad, morbilidad y mortalidad, además de reducir costos de atención en salud. Pero la más importante carencia en la literatura sobre depresión en adultos mayores mexicanos concierne a los estudios de intervención. Si bien hay varios artículos recientes sobre la alta incidencia de depresión en adultos mayores, existe una notable falta de investigaciones sobre que se debe hacer con los pacientes. (11, 13,15)

Hoy en día el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Geriátría colaboran en la investigación de un tratamiento no médico para la depresión en el adulto mayor. Bajo la dirección de la Dra. Carmen García Pena de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, un grupo de enfermeras supervisadas y capacitadas por un enfermero especialista con maestría están dando terapia conductual- cognitiva. (10, 11,14)

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiatría Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud. Estos han logrado consensar la nomenclatura psiquiátrica mediante una delimitación sindromática en entidades bien definidas. Sin embargo, su rigidez ha reducido la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes ancianos, quienes manifiestan síndromes atípicos, dificultando su diagnóstico y tratamiento. (13, 16,17)

- **DEPRESION MAYOR:** Equivale en términos generales a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena, acompañada de graves síntomas ansiosos, cuyo horario, predominantemente matutino, puede acompañarse de agitación y/o inquietud marcada.

- **DEPRESION MENOR:** Correspondería a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad. (18)

La depresión también se clasifica de acuerdo a su gravedad; ligera, moderada, grave. Los trastornos más comunes que vemos en el tratamiento son el depresivo grave y el trastorno depresivo distímico. (14,16)

El trastorno depresivo grave, se caracteriza por la combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras (DSM-IV, 2000). La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. (18)

El trastorno distímico, se caracteriza por síntomas menos graves y de larga duración (dos años o más). Los síntomas menos graves pueden no incapacitar a la persona pero si impedirle desarrollar una vida normal. (18)

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad frecuencia y duración de los síntomas varían según las persona y su enfermedad en particular, no solo los médicos, también las pacientes suelen tener dificultades para identificar los síntomas. (19)

EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La prevalencia de depresión en el anciano depende de definir "depresión" o "caso a considerar". No es lo mismo hablar de sintomatología depresiva o de síndrome depresivo en general, que referirnos específicamente a la frecuencia de un trastorno nosológico particular, como es el caso de la depresión mayor definido por criterios diagnósticos precisos en el DSM-IV-TR. Pese a la prevalencia de la depresión, se estima que solo un 10% de los ancianos que la sufren reciben un tratamiento adecuado (20)

Una complicación frecuente de la depresión, no diagnosticada o mal tratada, es el suicidio. Este constituye un problema de salud pública importante. En los varones mayores de 80 años, la tasa es de 31.68/100.000 a los 70-74 años 49.45/100.000 a los 80-84 años y 79.96/100.000 a los 90-94 años. (21)

FACTORES DE RIESGO

Considerando los factores bio-psico-social, espiritual y cultural que interactúan dinámicamente en un individuo. En la vejez suelen ocurrir graves pérdidas; cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc. El grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo será en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el anciano. (15)

El género es un factor de riesgo fiable para trastornos de depresión mayor (TDM) y para la mayoría de los trastornos de ansiedad, con un riesgo en mujeres de 1.5- 2 veces mayor que en hombres.

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente "productivo", favorecen en algunos, situaciones generadoras de frustración y de síntomas depresivos. Es común que ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estable siendo una pobre interrelación con su familia y sus amistades, si bien estas pérdidas no son causa efecto de la depresión, si existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. (20)

Muchos ancianos que han sufrido pérdidas importantes se deprimen, pero muchos más en circunstancias similares, no lo hacen. Los sociólogos explican cómo RESILIENCIA; Grotherg la define como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por situaciones de adversidad. (21)

El aspecto psicológico involucra el tipo de personalidad desarrollada durante la vida premórbida. Personas con rasgos dominantes de carácter narcisista y obsesivo, son proclives a los síntomas depresivos en la vejez. El narcisismo lleva una dependencia extrema de los demás, en quien se deposita expectativas de gratificación y satisfacción de necesidades de modo que la pérdida del "proveedor de bienes y afecto" es vivida como una mutilación o amenaza para la integridad psicológica. (22)

Los individuos con personalidad obsesiva, emplean buena parte de su energía en modular reacciones agresivas para ahorrar conflictos con los demás. En la vejez, con más dificultad para manejar la energía psíquica, y cierta tendencia a la autoevaluación, cualquier pérdida o amenaza de ella, aviva el componente hostil que se vierte hacia sí mismo, provocando vivencias de auto desprecio desamparo, desesperanza, impulso por desaparecer y sentimientos de culpas.(23)

Las sociedades industrializadas generan eventos estresantes que el anciano difícilmente afronta (violencia, maltrato, discriminación, barreras arquitectónicas entre otras), y que determinan hasta cierto punto, que el anciano las evite, ocasionándose el confinamiento en su domicilio y la poca interacción social. (24)

Esta época de la vida predispone la eclosión de trastornos del humor. Deben considerarse al respecto, los cambios cerebrales propios de la vejez: menor población neuronal, la disminución de la síntesis de neurotransmisores y sus receptores. En la actualidad, la neurotransmisión serotoninérgica se ha vuelto un punto de interés al estudiar la depresión, y se ha documentado una reducción en la unión 5 hidroxitriptamina en edades avanzadas. (12,20)

Se ha demostrado que la enfermedad cerebrovascular, contribuye a la patogenia de la depresión tardía: confirmando esto con estudios de neuro-imagen que muestran zonas hipertensas en sustancia blanca profunda, que pueden ocasionar cambios estructurales cerebrales en los lóbulos frontales. Estos resultados generaron la hipótesis de que entre las personas ancianas con depresión, hay un subgrupo portador de la denominada "depresión vascular". (18)

PÉRDIDA DE LA AUTOESTIMA

Podemos referirnos a algunos aspectos psicológicos del adulto mayor. Ellos se relacionan con la manera en que el individuo, enfrentado a la realidad en su envejecimiento, tiene de percibirse a sí mismo. Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación, y que esta última (propia evaluación) es el proceso psíquico conocido como Autoestima. De nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse asimismo y a los demás y de ella depende en gran medida también, la manera más o menos airosa y exitosa, de enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida. (16,19)

La crisis de la vejez se debe en buena parte a la multiplicidad de pérdidas que el individuo que envejece debe afrontar, entre ellas el deterioro biológico, la exclusión social, deprivación económica entre otros. Las personas mayores desarrollan un grado de actividad social, determinada básicamente por tres factores: las condiciones de salud, la situación económica y el apoyo social. (4)

Existen además, normas sociales que delimitan a la vejez como etapa distinta en el ciclo de vida, con su pauta social sobre las edades que corresponden a cada etapa del ciclo de la vida y las desviaciones a esta pauta también deben ser consideradas al analizar la vejez. (8)

LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES

La depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres. Existen elementos biológicos como el propio ciclo de vida- o factores hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer y ello puede estar relacionado con que las tasas de depresión sean más elevadas. (15)

LA DEPRESIÓN DE LOS HOMBRES

Los hombres experimentan de manera distinta que las mujeres, y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés de las actividades que antes resultaba placentera y que tienen el sueño alterado; mientras que las mujeres tienden más admitir sentimientos de tristeza, infelicidad, o culpa excesiva (Pollack, 1998; Crochran y Rabinowitz, 2000). Los hombres tienden más a acudir al alcohol o las drogas cuando están deprimidos, frustrados, irritados, desalentados, enojados. (19)

DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de pena o tristeza.

La depresión es un problema de salud mental en los adultos mayores. Un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no están diagnosticados o tratado como debiera. Solo el 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado (Gum et al., 2006; Lawrence et al., 2006). De los adultos mayores que están restringidos en sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión (Loughlin 2004), y se estima que de 30% a 50%, de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas (Tanner, 2005).

La depresión es hasta en los casos más graves un trastorno tratable. La mayoría de los adultos mayores con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o con una combinación de ambos. (22,23)

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS

Un organismo manifiesta el envejecimiento cuando decrece su vitalidad y su vulnerabilidad aumenta proporcionalmente, esta se manifiesta en todos los órganos de diferente manera. La piel es la que precocemente manifiesta los signos de envejecimiento.

Como se ha comentado antes, la depresión en el anciano con frecuencia difiere en su presentación comparada con otras etapas de la vida, hay mayor comorbilidad, que oculta o disimula manifestaciones a través de quejas somáticas, así como la presencia de deterioro cognoscitivo. Erróneamente se llega a considerar esto por parte del envejecimiento (viejismo), y no como un evento mórbido tratable. Valorar clínicamente a los ancianos, amerita un entrenamiento especial. No hay por qué considerar la anhedonia (menor disfrute de las situaciones), como un estado propio de los ancianos. Para diagnosticarla, es necesario identificar primero aquellos aspectos de la vida que solía disfrutar el paciente, por ejemplo; recibir visitas, compañía de los miembros más jóvenes de la familia, escuchar música, y posteriormente interrogarle sobre su capacidad de disfrute actuales de tales situaciones.(19)

El insomnio es un síntoma de los trastornos del ánimo, o llega a ser un factor de riesgo al aumentar la incidencia de depresión en la vida tardía. Es importante conocer los cambios que la función de dormir presenta con la edad. Para el anciano, se va acortando el tiempo total del sueño, y duerme menos en las etapas profundas. Su sueño es fragmentado, con más despertares e inquietud en la cama, la latencia (tiempo que le toma en quedarse dormido) es mayor, y su eficacia (relación entre el tiempo que duerme y el tiempo que pasa en la cama) es menor. Otro grupo de síntomas que con relativa frecuencia acompañan a la depresión grave son los síntomas psicóticos. Las ideas delirantes de ruina o pobreza, de culpa o de inutilidad. (19.24)

En el adulto mayor existe una disminución de la capacidad de adaptación debido en muchas ocasiones, a la disminución de la capacidad funcional. (6)

Consideramos que las diferentes condiciones a las que se expone el ser humano en el camino hacia la senectud y que se articulan de manera particular para cada uno, determinan las diferentes respuestas que el humano desarrolla ante las situaciones específicas dentro de las que este inmerso.

Por la elevada frecuencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, es muy útil, desde la consulta de primer nivel, agregar de rutina el examen mental una evaluación propositiva del afecto, teniendo en mente las manifestaciones clínicas propias del

síndrome depresivo. (7,9)

Es recomendable aplicar un instrumento clinimétrico como la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), la cual es autoplicable, consiste de 30 preguntas de respuestas dicotómicas (Si - No). Fue diseñada para valorar depresión en adultos mayores con o sin alteración cognoscitiva. La versión original por Brink y Yesavage en 1982, tiene una sensibilidad del 95% y especificidad del 84% con punto de corte de 11; en 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas con punto de corte de >6 tiene una sensibilidad del 72% y especificidad del 85%, se correlaciona positivamente con otras escalas similares, pero con la ventaja de requerir menos tiempo de aplicación, lo que facilita su administración. (19,21)

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Los síntomas de la depresión son muy variados, entre ellos: pérdida de interés en todas o casi todas las actividades, tristeza, sentimientos de minusvalía, vacío, y llanto, culpa exagerada o inapropiada, pensamientos de muerte, ideación o intento de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual, pérdida de peso, fatiga (cansancio), somnolencia diurna, insomnio o hipersomnolia, pérdida o disminución de la libido, trastornos menstruales.

CRITERIOS DEL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

Según el DSM IV los trastornos depresivos se clasifican en:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

CRITERIO A Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuáles el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes) al menos un periodo de 2 semanas. Estos síntomas suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas principales

1. Estado de ánimo triste, disfórico, irritable la mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo en apreciación subjetiva o a través de la información de personas cercanas (24,28)
2. Disminución o pérdida de interés, o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

Síntomas somáticos

1. Disminución o aumento de peso, o en su ausencia objetivo, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
2. Insomnio o hipersomnia casi a diario.
3. Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no solo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud).
4. Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

Síntomas psíquicos

1. También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada (este síntoma puede adquirir carácter delirante).
2. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).
3. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo el temor a morir) o ideación o planes de suicidio. (27)

CRITERIO B. Señala el no - cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos) trastornos esquizofrénicos o esquizoafectivo.

CRITERIO C. Los síntomas provocan un malestar significativo, así como un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.

CRITERIO D Y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia, tóxica o un medicamento. (20)

LA SOCIEDAD ACTUAL Y EL ADULTO MAYOR

A lo largo de los tiempos el hombre ha tratado de descifrar incansablemente el papel del anciano en la sociedad. En la prehistoria la longevidad era considerada como un valor especial "sobrenatural" y con "protección divina". Las sociedades antiguas consideraban al anciano como el depositario del saber y trasmisor de la memoria del clan. En Egipto, el anciano se contempla desde una visión positiva considerándolo como pilar fundamental en la educación de los jóvenes y como símbolo de sabiduría. Sin embargo en la sociedad griega donde aparece una visión negativa del anciano. En Atenas la senectud fue perdiendo poder desde la época arcaica. En los tiempos de Homero, el consejo de los ancianos solo era un órgano consultivo. En el mundo hebreo el concepto de longevidad sufrió grandes polarizaciones causadas por acontecimientos sociopolíticos. Fue de este modo que la visión positiva del anciano (conducción del pueblo, poderes religiosos y judiciales), paso ser negativa (relegados a consejeros). En Roma, el derecho romano concedía autoridad del anciano en la figura del Pater Familia. Este ostentaba un poder tan grande sobre la familia y esclavos, que hizo que llegaran a ser odiados y temidos. La época de oro de los ancianos en la época antigua fue la Republica, sin embargo, de una época del cristianismo los ancianos no fueron tomados en cuenta, ya que representan a un hombre intemporal. La vejez en la Edad Media sufrió una serie de cambios. (18,19)

El envejecimiento poblacional repercute en todos los aspectos de la vida: la familia, la economía, los servicios de salud. Todo ello obliga a las sociedades a modificar no solo el ciclo del trabajo y jubilación, sino también a cambiar las instituciones para que estas inviertan en los insumos necesarios para dotar y proveer servicios sociales y de atención sanitaria. (24, 26)

Según informes de la Revista Panamericana de Salud, el crecimiento de personas mayores de 60 años se duplicara en el año 2025. La gran mayoría de estos adultos mayores vivirán en países en desarrollo. El envejecimiento de la población se producirá a un ritmo más acelerado que el crecimiento económico y social en los países en desarrollo. (18)

Se estima que el 80% de los cuidados de salud se prestan en el primer nivel de atención, los adultos mayores constituyen una importante proporción de pacientes atendidos en el primer nivel.

Las personas mayores encuentran barreras en las que cabe mencionar, transporte difícil y costoso, grandes filas para ser atendidos, dificultad para completar formularios requeridos, personal sobrecargado de trabajo y, por lo tanto, impacientes y estresados al brindarles atención, personal de salud que no posee el entrenamiento geriátrico necesario.(19,24)

Los servicios de salud deben observar los estándares más altos posibles en su promoción del envejecimiento activo y saludable a lo largo de la vida, así como una vida con dignidad. Para ello deben de satisfacer los siguientes criterios.

- Disponibilidad
- Accesibilidad
- Integridad
- Calidad
- Eficiencia.
- Ausencia de discriminación
- Capacidad de respuesta a afinidad con la edad.

Todos los servicios médicos y de atención sanitaria deben proteger la salud física y mental, así como también ofrecer un acceso equitativo y oportuno a servicios de prevención, curación, y rehabilitación, autopercepción psicológica del adulto mayor. (6, 7, 2,4)

II. JUSTIFICACIÓN

La tendencia de la población mexicana hacia el envejecimiento, esto es, la inversión de la pirámide poblacional, la cual se pronostica ocurrirá en aproximadamente 20-30 años, en donde Guanajuato no es la excepción, da por resultado el que se replanteen algunas de las políticas de salud, como detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno de algunos padecimientos prevalentes en la población senil.

La depresión es un problema de salud mental en los adultos mayores, ya que un porcentaje importante de estos la padece, sin embargo, los casos de subdiagnóstico es alto y los que reciben atención especializada es aún menor.

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de pena o tristeza.

Diagnosticar en forma oportuna la presencia de depresión en el adulto mayor es importante, no por simple hecho del registro de la prevalencia, o para dar tratamiento, sino lo que conlleva esto, es decir, mejorar la calidad de vida, sobre todo porque la longevidad se ha ido incrementando tanto en el estado, como en el país y a nivel mundial.

Existen múltiples instrumentos para evaluar la presencia de la depresión, sin embargo, una de las ventajas del cuestionario de Yesavege, es que fue construido específicamente para la población geriátrica, en donde no solo se evalúan la presencia de los síntomas clásicos de la depresión, sino también considera aspectos como satisfacción con su vida, sentimientos de soledad o de felicidad, así como otros.

Los resultados de la presente investigación, servirán para dimensionar el sub-diagnóstico que existe de depresión en el adulto mayor, así como, el implementar estrategias o programas para el diagnóstico temprano, con la referencia a los servicios especializados en la atención de la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al observar, que a nivel nacional se han realizado múltiples estudios sobre la depresión del adulto mayor, causas y factores, tomando en cuenta diferentes test y ninguno se había realizado en la Unidad de Medicina Familiar 47 de León, Guanajuato, a pesar de que es una de las unidades médicas más grandes del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México, y la inversión de pirámide poblacional, en que el adulto mayor está teniendo un porcentaje mayor en el país, se decidió realizar el estudio en la unidad.

A nivel mundial hay 600 millones de personas mayores de 65 años .En México residen 10.1 millones de adultos mayores lo que representa nueve por ciento de la población total. El envejecimiento de la población al que enfrenta la sociedad mexicana durante la primera mitad de este siglo, se ha invertido la pirámide poblacional. Uno de cada siete hogares está integrado por al menos un adulto mayor. La población de la tercera edad se mantendrá en continuo crecimiento en los próximos 50 años. Por lo que estas condiciones han sido propicias para que aumente la depresión en México y sus diversos estados

¿Cuál es la prevalencia de depresión en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar 47 de León, Guanajuato?

III. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de depresión en los adultos mayores en el la Unidad de Medicina Familiar 47,
León, Guanajuato.

OBJETIVO ESPECIFICOS

Identificar las condiciones asociadas a la depresión del adulto mayor

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, observacional y transversal.

LUGAR Y TIEMPO A DESARROLLARSE:

UMF No. 47, León, Guanajuato, durante el periodo de septiembre de 2013 a Marzo 2014.

POBLACIÓN:

El universo fue constituido por la población mayor de 65 años en adelante adscritos a la UMF No. 47 de León, Gto.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Considerando una población de 24, 606 adultos mayores adscritos a la UMF No. 47 y un nivel de confianza del 95%, una precisión absoluta del 3% y una proporción esperada del 5%, se empleó el Programa de Análisis Epidemiológico de datos Tabulados, versión 3, quedando una muestra de 200.

MUESTREO:

No probabilístico, por simple disponibilidad.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

Pacientes de 65 en adelante

Personas que consultaron y acudieron a la unidad.

Sexo femenino y masculino

Turno matutino y vespertino

Personas dispuestas a colaborar con el estudio

Personas sin enfermedades crónicas degenerativas, hipertensión arterial, diabetes mellitus.

EXCLUSIÓN

Hipoacusia

Analfabetas

Trastornos psiquiátricos

Pacientes no vigentes

Pacientes menores de 65a.

Pacientes de 65 años en adelante que ya cuenten con diagnóstico de depresión mayor

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicadores
Edad	Persona mayor de 65 años	Cuantitativa	Discreta	Años
Edo civil	Condición particular que caracteriza, a una persona con vínculos personales con otra persona	Cualitativa	Nominal	Casado Soltero Viudo Divorciado
Escolaridad	Espacio de tiempo en que dura la estancia obligatoria.	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Profesional
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	Cualitativa	Nominal	Campo Obrero Técnico Profesionista
Número de personas que conviven con el paciente		Cuantitativa	Discreta	1 2 3
Depresión	Problema de salud mental. Trastorno afectivo, que provoca pérdida de vitalidad.	Cualitativa	Ordinal	Leve Menor Mayor

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Método de recolección: Tipo entrevista, de carácter descriptivo en pacientes adultos mayores que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar 47 León Guanajuato. Del mes de Noviembre 2013 a Marzo 2014.

Instrumento de recolección: Se utilizó el cuestionario de Yesavege, el cual mide la depresión, y consiste en: detectar la depresión geriátrica en base a la satisfacción con su vida, abandono de actividades diarias y sociales, pérdida de interés para salir de su casa, sentirse solo o desprotegido, pérdida de la memoria, sentimientos de soledad o de felicidad

Lugar de estudio fue la Unidad de Medicina Familiar 47 León, Guanajuato.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO:

Se entrevistaron a derechohabientes de 65 años de edad o mayores de ambos sexos, a los cuales se les informó el objetivo del estudio, se les explicó que no existían riesgos en contestarla, y que la información se manejó en forma confidencial y solo con fines de investigación sin manejar sus nombres. Esta encuesta fue aplicada por la investigadora Ana Laura Serna González, los datos recolectados se vaciaron en una base de datos creada en Excel, y posteriormente se le dio manejo estadístico mediante, estadísticas descriptivas.

V. RECURSOS Y MATERIALES ECONÓMICOS

MATERIAL	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
MATERIAL	HOJAS DE ENCUESTAS 200	.25 CENTAVOS	50
PAPELERIA	FOLDER 20	5 PESOS	100
PAPELERIA	PLUMAS 20	4 PESOS	80
PAPELERIA	GRAPAS 500	20 CENTAVOS	100
MATERIAL	COMPUTADORA	6000	6000
MATERIAL	IMPRESORA	250	250
OFICINA	CARTUCHO HP E INTERNET	600	1800
TOTAL			10630

RECURSOS HUMANOS: Un alumno del curso de especialización en Medicina Familiar

Para Médicos generales del IMSS, modalidad semipresencial y un asesor metodológico Médico familiar con experiencia en investigación.

VI. ASPECTOS ÉTICOS

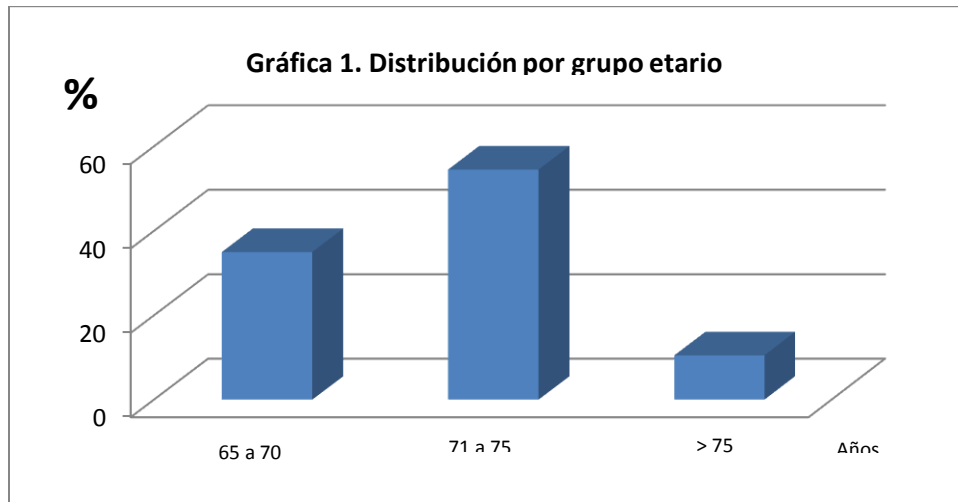
De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud vigente en nuestro país, el estudio es una Investigación con Riesgo Mínimo (Artículo 17 fracción II), ya que se trató de un estudio prospectivo en donde se realizaron encuestas.

En apego a la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud:

- La investigación se realizó por que el conocimiento que se pretendía adquirir no se podía obtener por otros medios.
- Se apoyó en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
- El proyecto de investigación describe a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.
- El protocolo fue sometido para su evaluación a un comité local de investigación y ética en investigación para la salud.
- La investigación se llevó a cabo bajo la vigilancia de un investigador competente que tuvo la responsabilidad de proteger a los participantes.
- Se informó al comité local de investigación y ética en investigación en salud sobre el avance de la investigación, asimismo no se presentó ningún incidente grave.
- No se realizó ningún cambio en el protocolo.
- El muestreo fue no probabilístico, sin hacer alguna discriminación en particular.
- A cada individuo se le dio una información adecuada sobre los objetivos, métodos, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas de la investigación.
- Se solicitó consentimiento informado por escrito.
- El consentimiento informado fue obtenido por el investigador. Asimismo, se protegió la salud, la dignidad, la integridad, la intimidad y el derecho a la autodeterminación de las personas que participarán en la investigación.
- Con este estudio se vieron beneficiados los participantes porque se les otorgo un panorama actualizado sobre su estado de salud y se refirieron las recomendaciones necesarias para emprender la terapéutica adecuada.
- Los resultados de esta investigación beneficiarán a la comunidad derechohabiente por que podrán ser de utilidad en la planeación y obtención de recursos que favorezcan la mejora en la atención del paciente diabético.
- Al finalizar se realizará un informe dirigido al médico familiar de cada uno de los pacientes donde se describan los hallazgos encontrados y las recomendaciones terapéuticas.

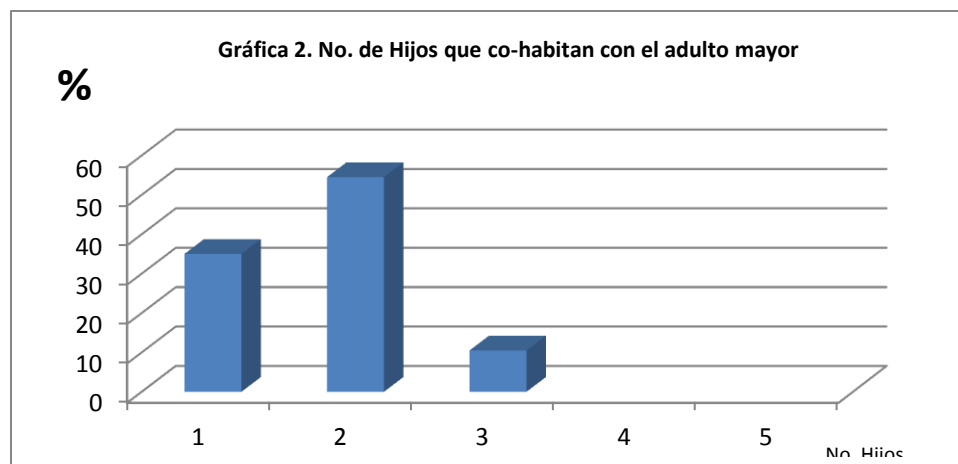
RESULTADOS

Se estudiaron 200 adultos mayores con un promedio de edad de 70.4 ± 3.3 años de edad, con un intervalo de 63 a 79 y rango de 16. De estos, 58% (116) eran mujeres y 42% (84) hombres. En la gráfica 1, se muestra la distribución por grupos etarios.



En relación al estado civil, 77% (154) eran casados, 18.5% (37) viudos, 3.5% (7) solteros y 1% (2) divorciados. La mayoría de las personas se dedican al hogar (46%, 93), mientras que 19% (38) son obreras, 12.5% (25) cuentan con carrera técnica, 12% (24) son jubiladas, 9% (18) son pensionadas, y el porcentaje más bajo fueron los profesionistas con 1%.

El número de hijos que co-habitan con los adultos mayores varía entre de cero a ocho. En la gráfica 2 se muestra las características completas, donde se observa que predomina la cohabitación con dos hijos



La prevalencia de depresión encontrada en el adulto mayor fue de 32.5%, en hombres 18% y en mujeres 14.5%. Distribuida en 30.5% con depresión moderada y 2.0% con depresión severa. En la tabla 1, se muestra los resultados completos de la encuesta de Yesavage.

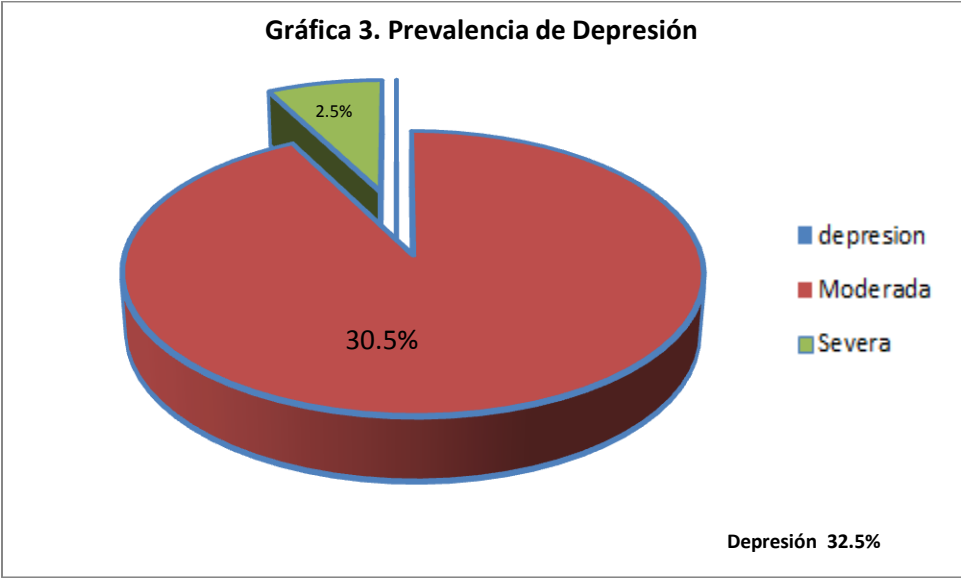


Tabla 1. Resultados de la Encuesta de Yesavage			
No.	Ítem	si	% no
1	Esta básicamente satisfecho con su vida	88.5	11.5
2	Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses	11.5	88.5
3	Siente que su vida está vacía	33.5	66.5
4	Se siente aburrido	73.5	26.5
5	Está de buen humor la mayor parte del tiempo	42.5	57.5
6	Tiene miedo de que le suceda algo malo	82.5	17.5
7	Se siente feliz la mayor parte del tiempo	43	57
8	Se siente a miedo sin esperanza	26.5	73.5
9	Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas	34	66
10	Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría	88.5	11.5
11	Cree que es maravilloso estar vivo	10.5	89.5
12	Piensa que no vale para nada tal como está ahora	78	22
13	Piensa que su situación es desesperada	14	86
14	Se siente lleno de energía	27.5	72.5
15	Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted	25.5	74.5

VII. DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión encontrada en el presente estudio es similar a la reportada en estudios realizados a nivel nacional e internacional, siendo más frecuente en mujeres. A pesar de que a nivel nacional se han realizado estudios de prevalencia, en la Unidad de Medicina Familiar 47 de la ciudad de León, Guanajuato, nunca se habían realizado. Aunque la prevalencia encontrada es relativamente alta 32.5%, ésta se encuentra por debajo de la media tanto estatal como nacional (37 y 40% respectivamente). (29)

Prince en 1998 realizó estudios en los Estados Unidos, con muestras comunitarias de adultos mayores en los que la prevalencia de depresión fue del 12%. (30)

El estudio EURODEP (Grupo Europeo sobre la Depresión en el ANCIANO), en el cual se empleó la Escala Mental Geriátrica (GMS) para valorar la prevalencia de depresión, fue aplicado en diferentes ciudades encontrando una prevalencia de 11.3% en Liverpool, 20.3% en Verona y 7.3% en Londres. Sin embargo, las muestras estudiadas fueron muy variables, por ejemplo, en Liverpool se estudiaron 1070, en Verona 65 y en Londres 654 adultos mayores de 65 años. (31)

Crespo Vallejo, en 2011 empleó el cuestionario de Yesavage en 84 adultos mayores, encontrando una prevalencia de depresión del 60.7%, distribuido en 47.83 en hombres y 36.11% en mujeres. Este último dato no fue considerado en el presente estudio, sin embargo, en el reporte de Crespo, no se mencionan los grados de depresión encontrados en el estudio, sin embargo en nuestro estudio aun así sigue teniendo una menor prevalencia en comparación con Ecuador, donde fue realizada la encuesta. (32)

En Colombia en el 2010 se realizó un estudio con 17.574 adultos mayores, en donde se encontró una prevalencia global de 9.5% siendo el sexo femenino con 11.5 con depresión y menor prevalencia de depresión a medida que aumenta la escolaridad de un 0.14 %, en cambio en el presente estudio la relación de sexo fue una relación proporcional. (33)

En Lima- Perú, en un estudio con 112 adultos mayores de 60 años a 82 años, realizando la encuesta de Yesavage de 15 ítems, se identificó una prevalencia de depresión del 51.67% siendo más alta que el presente estudio, realizando la encuesta a 200 adultos mayores se determinó una diferencia importante ya que los niveles de depresión fueron del 32.7%. (34)

Claudia Giocoman, en su estudio de depresión y escolaridad en adultos mayores, realizado en Guadalajara, Jalisco, evaluó a 30 adultos mayores con el cuestionario de Yesavage, la edad media fue de 70 años y encontró una prevalencia de 3.2% dividiendo a la población en 15 adultos mayores con educación primaria y secundaria y 15 con preparatoria y licenciatura, los resultados no mostraron presencia de síntomas depresivos en relación al grado escolar de la población estudiada, al igual que el presente estudio no se observó relación entre el bajo nivel educativo con un deterioro cognitivo, depresivo. (35)

VIII. CONCLUSIÓN

Con el presente estudio se evaluó la presencia de depresión en el adulto mayor, mediante el empleo de una encuesta específica para esta población, Dentro de las ventajas de esta encuesta es que además de reportar la presencia de depresión, también indica el grado de la misma. La prevalencia encontrada en la UMF No. 47 fue de 32.5%, siendo la depresión moderada el grado más predominante (30.5%).

Con este estudio se observó que la depresión es un trastorno emocional que en el adulto mayor influye en su salud integral siendo importante fomentar mayores actividades físicas, y cognitivas para que el adulto mayor tenga una mejor calidad de vida, cognitivamente, emocionalmente y físicamente.

Los resultados del estudio nos ayudan a valor, de una manera preventiva el estado depresivo, informando al paciente por medio de pláticas con apoyo de trabajo social en la unidad, dando a conocer, los diferentes síntomas de presencia de la depresión, ya que al continuar invertida la pirámide poblacional, el porcentaje de pacientes depresivos, va aumentar y no continuara en el 32.5 % en el que se encuentra hasta la fecha.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalá, V. Camacho, M y Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad [versionelectronica]. Psicothema, vol. 19 n 1, 49 - 56.
2. Franco, M. (2006). El diagnóstico de la depresión del anciano. Informaciones psiquiátricas. Recepción: 08-04-06- segundo trimestre. Numero 184. VisitacionAlcala: Universidad de Sevilla. Departamento de psiquiatría.
3. Gayoso, M. (2004). Epidemiología y Clínica. En Gil, P., Martin, M. (Coord.). Guía de buena práctica clínica en geriatría, depresión, y ansiedad (pp. 13-31). Madrid: Sociedad Española de Geriatría, y Gerontología.
4. Guijarro (1999). Las enfermedades en la ancianidad. En departamento de salud del Gobierno de Navarra (Edit.) anales, sistema sanitario de Navarra, vol.2 suplemento No.1 Extraído el 31 de enero, 2002 de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/zuple8.html>
5. Monroy, A. (2005). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. México: Asociación Mexicana de Alternativas en psicología.
6. Organización mundial de la salud. (1946). Constitución de 1946. Extraído el 26 julio 2009 de <http://www.imsersomayores.csic.e>
7. Instituto del Seguro Social. La Salud del adulto mayor: temas y debates. México 2004. Ciudad de México. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004.
8. Menéndez J. Guevera A. Arcia N, León – Díaz EM. Martin C. Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Rev. Panam Salud Publica .2005: 17: 353-361.
9. Márquez Cardoso, E., Soriano Soto .García Hernández, A. Y Falcón García, MP., 2005. Depresión en el adulto mayor frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención primaria, 36 (6), p. 345.
10. Martinez - Mendoza, J. J. A., Martinez - Ordaz, VA., Esquivel - Molina, C. G. Y Velasco - Rodríguez, VM., 2007. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45 (1) pp. 21-28.
11. Avila - Fuentes, J. A., Melano - Carranza, E., Payette. H y Amieva, H 2007. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Publica de México, 49 (5), PP. 367-375.
12. Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C. Alfaro Alfaro, N. Y Mendoza Roaf, P., 2001. Prevalencia de la depresión en el adulto mayor en una población urbana. Revista Española de Geriatría y Gerontología 36, PP. 140 - 144

13. Guerra, M., Ferri, C. P. Sosa, A. L. Salas. A. Gaona. C., Gonzales, V., Rojas de, a Torre, G y Prince, M., 2009. Late - life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population - based study. *The British Journal of Psychiatry*, 105, PP. 510- 515.
14. García - Pena C., Wagner F. A. Sánchez - García S., Juárez - Cedillo, T., Espinel - Bermúdez C., García - González J. J., Gallegos - Carrillo K., Franco - Marina F., Gallo J. J 2008. Depressive symptoms among older adults Mexico City. *Journal of General and Internal Medicine*, 23 (12), pp. 1973 - 1980
15. Mejía - Arango, S., Miguel - Jaimes, A., Villa, A., Ruiz -Arregui, L. Y Gutiérrez - Robledo. L. M. 2007. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Publica de México*, 49 (sup 4), PP. 475 - 481.
16. Zavala González, L., K, Sanchez - Rodriguez. M. A. y Mendoza - Núñez, V. M 2009. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de zonas urbanas de Cárdenas. Tabasco. *Atención Familiar*, 17 (1), supl 1.
17. Wilson - Escalante, L. K., Sanchez - Rodriguez, M. A y Mendoza Núñez, VM ., 2009. Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 52 (6).
18. Slone, L. B ., Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Díaz, D., Gutiérrez Rodríguez, F. Y Gutiérrez Rodríguez, J. J 2006. Epidemiology of major depression in 4 cities in Mexico *Depression and Anxiety*, 23, pp 158 - 167.
19. Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Muras, S. Y King, M., 2009. Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 66 (12), pp 1332-1340.
20. Reynolds, C. F., alexopoulos, G. S., y Katz, I. R., 2002. Geriatric depression: diagnosis and treatment. *Generations*, 26 (1), pp 28-31.
21. Alcalá, V, Camacho, M. Y Giner. J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. [Version electronica]. *Psicothema*, vol. 19 n 1, 49-56
22. Chapman DP. Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008; 5(1) http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm.
23. Huenchuan. S. Montes de Oca. V. Envejecimiento, género y pobreza en América Latina y Caribe. En Trujillo Z. Becerra - Pino M. Rivas Vera S. Ed. McGraw. Hill Interamericana. Mexico. D. F 2007: 79-86
24. Trollor J, Anderson T, Sachdev P, Brodaty H, Andrews G. Prevalence of Mental Disorders the Elderly: the Australian National Mental Health and Well - Being Survey *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15 (6): 455-466

25. Organización Mundial de la salud. (2001). Hombres, envejecimiento y salud. Extraído el 26 julio 2009 de <http://www.imsersomayores.csic.es>
26. Schneir, G. Kruse, A. Nehen. H. G. Senf, W & Heuft.G. (2000).The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older.Psychoterapy and Psychosomatics 69 (5), 251-60.
27. San Martín, c. (2008). La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Revista académica Hologramica, año V número 8, VI pp. 103-120
28. Vazquez et al. (1996). Rasgos que diferencian la depresión en los ancianos respecto otras edades. Salud Mental en el Anciano. Madrid, España: Editorial nueva imprenta S.A. Villar, F. Triado, C, Resano, C.S, & Osuna, M, J (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. Revista multidisciplinaria de Gerontología, (13)3,15-162.
29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 25 de septiembre del 2014. León de los Aldama. Guanajuato pagina 1-13
30. Dra. Isis Ivonne Sánchez. (2008). Prevalencia en el adulto mayor de 65 años y propuesta de intervención preventiva. Geroinfo RNPS 2110. Vol. 3 Núm. 3.
31. Joan Villalta Francy 820029. Epidemiología de la depresión en el anciano. Informaciones Psiquiátricas. Primer trimestre. Número 167.
32. Crespo Vallejo Jonathan. Prevalencia de depresión en el adulto mayor de los asilos de los Cantares Azogues, Tumbo y Delega de la Provincia del Caños en el año 2011. Tesis. Cuenca Ecuador.
33. Ricardo Andrés Aldana Olarte. Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010. Universidad del Rosario. Universidad CES. Pág. 1-21.
34. Evaluación del grado de depresión de adulto mayor de 60 años del AA. HH. Viña alta, - La Molina, Lima-Perú. Rev. Horiz. Med, vol. 12 (2), Abril-Junio 2012 pág. 28-31
35. Claudia Giocoman. Depresión y escolaridad en el adulto mayor. Diálogos sobre la educación. ISSN/ Año/ número 2/ Enero-Junio 2011.

X. ANEXOS

CUESTIONARIO DE YASAVAGE

1. EN GENERAL ¿ESTÁ SATISFECHO CON SU VIDA?
2. ¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?
3. ¿SE SIENTE CON FRECUENCIA ABURRIDO/DA?
4. ¿SE ENCUENTRA DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?
5. ¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?
6. ¿TEME QUE ALGO MALO PUEDE OCURRIRLE?
7. ¿CON FRECUENCIA SE SIENTE DESEMPARADO/DA, DESPROTEGIDO?
8. ¿PREFIERE USTED QUEDARSE EN CASA, MAS QUE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS?
9. ¿CREE QUE TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORIA DE LA GENTE?
10. ¿EN ESTOS MOMENTOS, PIENSA QUE ES ESTUPENDO ESTAR VIVO?
11. ¿ACTUALMENTE SE SIENTE UN /A INUTIL?
12. ¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGIA?
13. ¿SE SIENTE SIN ESPERANZA EN ESTE MOMENTO?
14. ¿PIENSE QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE ESTA EN MEJOR SITUACION QUE USTED?
15. ¿HA HABANDONADO MUCHAS DE SUS TAREAS HABITUALES Y AFICIONES?

Las respuestas son correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14,15.

Las respuestas negativas en los ítems 1, 5, 7,11 y 13

Cada respuesta errónea puntúa1. Los puntos de corte son:

- 0-5 normal
- 6 – 10 Depresión moderada
- + 10 Depresión severa

SheiKh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986; 5: 165-72.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	SEPTIEMBRE 2013 A DICIEMBRE 2013
Número de registro:	R – 2014 – 1007 - 1
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión en el adulto mayor es un problema de salud , esto debido a que es una ciudad con un gran porcentaje de población senil la cual se ha incrementado por inversión de la pirámide poblacional . Conocer la prevalencia de depresión en los adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No 47
Procedimientos:	Se realizaran encuestas a pacientes de 65 años en adelante derechohabientes de la UMF 47.
Posibles riesgos y molestias:	Se ha informado sobre los posibles inconvenientes , molestias y beneficios derivados de mi participación y que no representa ningún riesgo para la salud
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se ha comprometido a proporcionar los resultados que se obtengan del estudio y se orientara de acuerdo a ellos con el objetivo de mejorar las condiciones en la detección oportuna de la depresión en el adulto mayor
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informara sobre los resultados , y alternativas de detección , prevención y tratamiento oportuno en el adulto mayor
Participación o retiro:	En el momento en que el paciente lo decida

Privacidad y confidencialidad:	Los investigadores me han dado la seguridad de que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
	No autoriza que se tome la muestra.
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Conocer la prevalencia de la depresión en el adulto mayor en la UMF 47
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Ana Laura Serna González. Matrícula 99112988. Cel 4423181662. sophiserna@hotmail.com
Colaboradores:	Dr. Raúl Hernández Ordóñez . MATRICULA 99110715 CEL 716 37 37 EXT. 31407 raul.hernandez@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	
_____	_____
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	

DICTAMEN DE SIRELCIS

Carta Dictamen



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1007
U. MED. FAMILIAR NUM. 47, GUANAJUATO

FECHA 04/09/2013

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

PRESENTE


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

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47.

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 **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1007-11

ATENTAMENTE


DR. (A) JORGE ALBERTO RUELAS LEÓN
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1007

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

http://sirelcis.imss.gob.mx/pi_dictamen_elis.php?dProyecto=2013-4397&idCli=1007&cm... 04/09/2013