



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD ACADÉMICA PORTALES  
S. S. A.

41  
227

"SIGNOS, SINTOMAS Y FRECUENCIA DE LA  
DEPRESION EN EL ANCIANO QUE ACUDE A  
CONSULTA EXTERNA AL CENTRO DE SALUD  
COMUNITARIO PORTALES"

T E S I S A

PARA LA OBTENCION DEL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :  
DRA. JUANA TERESA PINEDA MARTINEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1991



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 está 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.

# INDICE

|   | PAG. |
|---|------|
| JUSTIFICACION   | 1    |
| MARCO CONCEPTUAL  |      |
| CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION  | 2    |
| CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION EN LOS ANCIANOS  | 4    |
| COMO SE DIAGNOSTICA Y DESDE QUE EPOCAS SE MIDE<br>CUALITATIVAMENTE LA DEPRESION                   | 5    |
| LO QUE OTROS AUTORES HAN HECHO PARA EL DIAGNOSTICO<br>Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO | 6    |
| TRATAMIENTO QUE HAN SUGERIDO OTROS AUTORES  | 10   |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA  | 13   |
| OBJETIVOS. UNIVERSO DE ESTUDIO  | 14   |
| DEFINICION DE VARIABLES   | 15   |
| PROCEDIMIENTO DE MEDICION   | 16   |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACION  | 17   |
| PROCEDIMIENTO DE CAPTACION  | 19   |
| PROCEDIMIENTO DE ELABORACION, ANALISIS<br>E INTERPRETACION DE LA INFORMACION                      | 20   |

|              | PAG |
|--------------|-----|
| RESULTADOS   | 21  |
| ANALISIS     | 22  |
| CONCLUSIONES | 25  |
| GRAFICA 1    | 26  |
| GRAFICA 2    | 27  |
| CUADRO 1     | 28  |
| GRAFICA 3    | 29  |
| CUADRO 2     | 30  |
| CUADRO 3     | 31  |
| BIBLIOGRAFIA | 32  |

# **SIGNOS, SINTOMAS Y FRECUENCIA DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA AL CENTRO DE SALUD COMUNITARIO PORTALES**

## **I. JUSTIFICACION.**

La necesidad del presente estudio surge de la carencia de éstos en el primer nivel de atención y en Ancianos en Libertad, así como a una respuesta al llamado que desde 1972 hace la OMS en el sentido de prevenir los problemas que a este respecto emergen en el futuro (1). Por otra parte, siendo la Depresión una situación patológica crítica que afecta a un gran porcentaje de la población anciana (12% de los Ancianos de la población en general y 50 % de los ancianos con enfermedad física, según reporte de los Estados Unidos de Norte América), (6), constituye un problema mayúsculo de salud; desde 1977 según Caraveo, muestra la alta incidencia de la depresión en el anciano (1), siendo factible diagnosticarla por el Médico General, Familiar, tanto desde el punto de vista clínico o mediante Test Especializados; para este último propósito se utilizan diversos instrumentos como son: Escala de Hamilton, Beck, "D" del MMP1, Zung, etc., asimismo la depresión en el anciano constituye un campo donde la farmacología brinda elementos para el alivio del sufrimiento del paciente.

## II. MARCO CONCEPTUAL.

**Concepto de Envejecimiento:** "Un proceso progresivo, desfavorable, de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente con la muerte" (24).

**Concepto de Depresión:** Es un trastorno afectivo que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. Consiste en una serie de síntomas que tienden a presentarse juntos, los cuales se detallan en el cuadro clínico (2).

### CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS.

Según la tercera edición del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", de la Sociedad Americana de Psiquiatría, más conocido como DSM-III (2), los divide en:

- a). Trastornos Afectivos Mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo).
- b). Trastornos Afectivos Específicos (con un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración).
- c). Trastornos Afectivos Atípicos (categoría que incluye aquellos trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos sub-clases especificadas).

Dentro de los Trastornos Afectivos Mayores se incluyen: el Trastorno Bipolar y la Depresión Mayor, ésta última a su vez se subdivide en Primer Episodio o Recurrente (2).

### CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN.

#### *Episodio Depresivo Mayor.*

La sintomatología esencial está configurada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente Depresión, y por pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales. Esta alteración es acusada, relativamente persistente y se acompaña de otros síntomas como alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o entrecimiento Psicomotor, disminución de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad de concentración o pensamiento, ideas de muerte o ideas o intentos de suicidio.

Es habitual que exista pérdida del apetito, pero a veces puede aumentar, cuando el apetito aumenta de forma notable, puede haber un sobrepeso significativo. Generalmente se presenta insomnio, aunque a veces puede haber hipersomnia, el insomnio puede consistir en dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial), en frecuente interrupción para volver a dormir (insomnio medio) o en el hecho de despertar a muy temprana hora por la mañana (insomnio tardío). La agitación Psicomotora toma formas diversas, como incapacidad para mantenerse sentado, marcha continua, retorcerse las manos, tirarse o mecerse el cabello, la piel, los vestidos u otros objetos, accesos de quejas o gritos, o verbalizaciones continuas.

El entortecimiento psicomotor puede manifestarse con un lenguaje lento, aumento de las pausas antes de responder, lenguaje monótono, movimientos corporales lentos, notable disminución del lenguaje (pobreza del lenguaje) o mutismo. Casi siempre hay una disminución del nivel de energía, experimentada como fatiga continua, incluso en ausencia de ejercicio físico, la tarea más insignificante puede ser difícil e imposible de llevar a término. El sentimiento de inutilidad oscila desde los sentimientos de incapacidad hasta la evaluación negativa e irreal de la propia dignidad, el sujeto exagera sus fracasos y se reprocha a sí mismo los pequeños errores buscando en su entorno motivos que le confirmen su negativa autoevaluación. El sentimiento de culpa puede expresarse a través de una reacción excesiva a fracasos pasados o actuales, o de una responsabilización exagerada de acontecimientos desfavorables o trágicos. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes. Son frecuentes las dificultades para concentrarse, el entortecimiento del pensamiento y la indecisión. El sujeto se distrae fácilmente y puede quejarse de fallas amnésicas. Son comunes las ideas de muerte o suicidio. Puede haber miedo a morir, deseos de muerte, planes e intentos de suicidio y la convicción de que tanto el paciente como los que le rodean estarían mejor muertos. Existe aunada al cuadro, sintomatología asociada, la más frecuente comprende: apariencia depresiva, llanto, sentimiento de angustia, irritabilidad, miedo y tristeza, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias.

El contenido de las ideas delirantes y alucinaciones es claramente consistente con el estado de ánimo predominante (congruente con el estado de ánimo). Una idea delirante habitual es la de creerse perseguido a causa de la maldad o cualquier otra insuficiencia. Puede haber ideas delirantes nihilistas, de destrucción personal o del mundo, somáticas (de cáncer u otra enfermedad grave) o de pobreza. Cuando hay alucinaciones, son transitorias y no elaboradas y pueden consistir en voces, que censuran al sujeto por su maldad o por sus defectos. Es menos frecuente que el contenido de las alucinaciones e ideas delirantes no tengan relación con la alteración del estado de ánimo (incongruentes con el estado de ánimo). Así puede ocurrir con las ideas delirantes de persecución, cuando el sujeto no puede explicar porqué es objeto de ellas (2).

## CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION EN LOS ANCIANOS.

Hay similitud en las manifestaciones Psicopatológicas de la Depresión en el grupo joven y en el grupo de los viejos, pero existe un número de cambios biológicos que pueden hacer la diferencia entre los dos grupos; de los cuales los más frecuentemente observados son aumento de la concentración en la orina del 3 metoxi-4 hidroxifenil glicol (MIHPG), disminución de los niveles de testosterona y/o estrógenos séricos y aumento en la actividad de la MAO en el plasma, plaquetas y cerebro. Se estima que 1/3 a 1/2 de las enfermedades depresivas ocurren en etapas tardías de la vida. Invariablemente hay gran indisposición, especialmente en las mañanas, gestos de cansancio, expresión de angustia, ojos vidriosos, retorcimiento de manos, estatura encorvada y autodescuido, todo sugiere depresión. Cuando domina el retardo hay apatía, inercia y debilidad. El paciente puede decir que él no tiene sentimientos y que debía estar muerto, rehúsa comer o beber y en casos extremos está estuporoso, puede dominar en determinados casos la agitación, puede también haber aprehensión abrumadora y agitación. O bien la enfermedad depresiva puede estar enmascarada, por ejemplo: por la incesante preocupación del paciente con uno o más síntomas corporales por ejemplo: constipación, o por enfermedad física coexistente. La enfermedad física complicante en algunos casos puede ser secundaria a la depresión por sí misma, por ejemplo desnutrición deshidratación, trombosis de venas profundas o neumonía hipostática. La presentación inmediata puede ser la de un estado confusional. Una instalación insidiosa puede conducir a una declinación en una apatía depresiva, la cual difícilmente puede ser apreciada por la familia. Los pacientes pueden estar preocupados con ideas fijas de que hay un error en sus pensiones y en consecuencia serán encerrados, o bien pensarán que tienen una enfermedad fatal por que son pecaminosos, al mismo tiempo niegan la depresión, "no tengo razón para estar apesumbrado, he tenido una buena vida". Los síntomas de depresión deben observarse ya que la mayoría, si bien no todos están presentes invariablemente. Incluyen anorexia, pérdida de peso, constipación debilidad matinal temprana, pérdida de energía y de todos los intereses.

La depresión y retardo psicomotor o agitación generalmente son peores en las mañanas (nuevamente la severidad de los síntomas puede fluctuar de semana a semana). Se puede quejar de sensación de pesadez en el vértice de la cabeza, pecho o abdomen. Debe tenerse en mente la conducta suicida. El anciano conforma 12% de la población pero 33% de los suicidios. Puede o no haber historia de depresión, además los pacientes cuyo primer ataque de depresión ocurre sobre los 60 años, tienen menos a menudo historia familiar de depresión. Debe hacerse cuidadosamente un diagnóstico diferencial, ya que el retardo hasta el punto de estupor puede sugerir Mixedema, Parkinson, Demencia o alteración de la conciencia de origen físico, por ejemplo hipotermia e insuficiencia cardíaca. En contraste, la agitación y pérdida de peso ocurre en la tirotoxicosis y la demencia, la historia es usualmente corta o de disturbios periódicos. (3)



## COMO SE DIAGNOSTICA Y DESDE QUE EPOCAS SE MIDE CUALITATIVAMENTE LA DEPRESION.

Desde la época de Krapelin se han hecho esfuerzos por estudiar y ubicar nosológicamente la depresión que aparece en la edad involutiva y en la vejez.

Se menciona en Caraveo que desde 1962 y 1973 Bronish y Krassoievitch respectivamente, estudiando la clínica de la depresión encuentran como signo principal en las depresiones de los viejos a la ansiedad y en segundo término las ideas hipocóndricas.(1)

Así mismo que en 1969 Ciompi distingue dos tipos de trastornos:

a) síntomas ideoaffectivos

b) síntomas somáticos (1).

Y que desde Roth 1952 hasta Swiggan (1973) hay acuerdo en separar la depresión de la demencia, síndromes que constituyen las principales afecciones psiquiátricas con el inicio de la vejez.(1)

En 1960, 1965, 1969 y 1970 Hamilton, Zung, Beck y Raskin respectivamente (4), utilizan métodos estadísticos multivariados (escalas que llevan sus nombres), que se basan en el análisis factorial y la regresión múltiple. Estas Escalas son útiles para seguir el curso de un paciente en tratamiento, así como también útiles para valorar el nivel de mantenimiento del fármaco para advertir los efectos secundarios, las complicaciones y el proceso de reducción del fármaco, siendo altamente sensibles al respecto. Se centran además en una conducta manifiesta y son aplicables tanto en la población adulta como en los niños. La Escala de Hamilton brinda el beneficio de permitir la distinción entre la depresión neurótica de la psicótica.

La Escala de Raskin es altamente sensible para valorar los cambios de los síntomas con el curso del tratamiento.(4)

La Escala de Zung es una Escala de automedición de la depresión del Doctor William K. Zung, publicada por vez primera en 1965 en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desórdenes emocionales. Esta prueba está diseñada para medir cuantitativamente la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico, por lo que puntajes altos son una indicación de presencia de síntomas que pueden tener una importancia clínica. Ello es importante por que no interfiere en la orientación teórica o de escuela que se tenga. Por otra parte su validez y confiabilidad ha sido determinada comparándose con otras pruebas que miden la depresión tales como Hamilton, Beck y la Escala "D" del MMPI. Al haberse aplicado ya en estudios anteriores, ha demostrado tener una capacidad de 87% y 98% en unos y en otros respectivamente para predecir intervención terapéutica. Esta escala se ha aplicado como prueba en la población general demostrándose que:

a) la depresión definida en la prueba no está presente en la población normal. En todos los casos los índices han sido diferentes a aquellos afectados de la enfermedad.

b) En los grupos de edades de 20 a 64 años se detectaron un 88% de los deprimidos y un 12% de errores. En el grupo de personas normales fue a la inversa. Resultado semejante a otras Escalas.

c) La sintomatología medida en esta Escala está relacionada a la edad, concluyéndose que la basal para los grupos de edad extremos, 19 - 65 años es superior. Por los que al presente estudio respecta, la basal se sitúa en 60 años. Es una Escala fácil de aplicación, con escasa complicación en conocimientos requeridos para el que lo aplica.(1)

#### **LO QUE OTROS AUTORES HAN HECHO PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO.**

Según reportes de 1983 a 1987 autores extranjeros como Niederehe, Newman, Gurland, Hyer, Maiden, Reed, Krause, Jorm, Breckenridge, Davies, Freedman y Sholomskas, han realizado estudios e investigaciones y han logrado avances acerca de la patología depresiva en los ancianos, tal es el caso de la aplicación del Test de Beck para evaluar depresión y alteraciones de la memoria, encontrándose que existe una relación directa; el mismo Test ha sido utilizado para valorar la depresión en relación a la disminución del tiempo productivo de mujeres ancianas, encontrándose una razón directamente proporcional.

Han surgido además de dichas investigaciones, la creación de instrumentos para medir la Demencia, Incapacidad y Depresión contra producción y operacionalidad presentes y futuras en ancianos, esta evaluación diagnóstica ha servido para poder integrar o no al anciano a labores productivas según los resultados.

Se han empleado varios instrumentos como: Estado Minimental, Beck, MMPI, Escala de rasgos de ansiedad, Escala de hipocondrías, Escala "Z", MACC-conducta, Escala de valor acumulativo de enfermedad, para relacionar depresión con: ansiedad, reacciones paranoides, hipocondrías y declinación cognitiva, llegándose a concluir que únicamente se relaciona con la declinación cognitiva.(10)

Se ha utilizado un modelo que se denomina reformulado para valorar en mujeres seniles éxito y fracaso con depresión, encontrándose a través de este modelo que las mujeres deprimidas atribuyen su fracaso a la falta de capacidad y el éxito únicamente a su suerte, en contraste las mujeres no deprimidas atribuyen su fracaso a la mala suerte y el éxito a la capacidad elevada, así mismo las mujeres deprimidas se ven a ellas menos útiles en forma universal, como dato positivo trajo consigo este estudio una estrategia interaccionista para el tratamiento de la depresión.

Una escala de depresión utilizada en un centro de estudios epidemiológicos fue empleada por alguno de estos autores para medir depresión contra desarrollo de recursos en los ancianos, viéndose que ante la presencia de depresión existe un menor desarrollo de recursos.

Respecto a la mayor presentación de la depresión en el sexo femenino ha llegado a concluirse que se debe a que éstas son más susceptibles y vulnerables a los estréses de la vida, así también se debe a que ellas están más sometidas a tensiones crónicas durante su vida.

En este tiempo se ha buscado atentamente si existe una relación directa entre la depresión y déficit cognitivo, si éste es intrínseco a ella o si es secundario, hasta el momento sin obtener resultados.

Otro hallazgo es la direccionalidad que existe entre los ancianos desposeídos o que han sufrido una pérdida reciente y síntomas depresivos, presentándose entre éstos preferentemente disforia, insatisfacción, disturbios somáticos.

En el afán de búsqueda de factores desencadenantes de depresión se valoró mediante la EMG (Escala Mental Geriátrica) y la LAAM (Lista de Adjetivos de Afecto Múltiples) la relación que puede existir entre la falta de actividad obligada es decir remunerada y la presencia de depresión, hallándose una causalidad directa entre ausencia de la misma y falta de interés y autoculpación en los ancianos.

Se estudió en un Centro de Salud de Atención Comunitaria la relación de sintomatología depresiva asociada a enfermedad crónica, viéndose que es directamente proporcional, así mismo que los síntomas depresivos varían de un grupo de patología a otro, (17).

En lo referente a tratamientos se pudo comprobar el éxito que tiene el llevar a cabo psicoterapia interpersonal en el anciano deprimido (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

En Argentina autores como el Dr. Mario Strojilovich (19), en el área de investigación comenta en su artículo titulado "Algunas características de las depresiones durante el envejecimiento", las experiencias que ha tenido con el uso de Litio en ancianos deprimidos, desde 1968 y hasta el momento de la publicación de este artículo, con 40 pacientes, haciendo mención que se ha observado ausencia de efectos secundarios con el consumo de esta sal y recalca la utilidad principal de Litio en el manejo de la psicosis Maníaco Depresivas que se presentan en el anciano.

En nuestro país el Dr. Miguel Krassoievitch estudioso e investigador del problema de la depresión y patologías inherentes a los ancianos y el Dr. Jorge Caraveo A., recomiendan en el artículo "La selección de psico-fármacos en el paciente anciano", el uso de 2 tricíclicos en el manejo del Síndrome Depresivo en los ancianos; la Amitriptilina y Doxepina, por su poder inductor del sueño y disminución de la ansiedad que en ellos se presenta, sin embargo, también refieren que debe tenerse precaución en el manejo de estos fármacos por sus efectos colaterales tan importantes. Mencionan en este documento que no es muy recomendable el uso de sales de Litio porque pueden presentarse síntomas tóxicos en el Sistema Nervioso Central y Aparato Neuromuscular con bajos niveles séricos y por su mayor retención a nivel

renal. En éste mismo artículo ambos autores concuerdan y recalcan que la importancia del tratamiento de esta patología estriba en la detección oportuna del padecimiento, conservación y estimulación de las funciones que aún no se han dañado, estimulación ambiental, socialización, ergoterapia, fisioterapia, ocloterapia y rehabilitación en general y que los psicofármacos deben ser sólo coadyuvantes, (20).

Dentro de esta misma área de investigación se cuenta con aportaciones importantes que ha hecho el Dr. Miguel Krassoievitch, sobre la psicopatología de la vejez y de esto menciona en su artículo "Psicopatología no Demencial", que casi siempre y a manera de diferenciación las depresiones que hacen su aparición durante la senectud, van precedidas de trastornos de la personalidad inespecíficos, así como reafirma lo ya mencionado por otros autores "la fuerte asociación que existe entre suicidio y depresión" (21).

Como parte de estas aportaciones importantísimas se da a conocer por su parte en el contenido de material de apoyo didáctico para Médicos Familiares de primer año, un cuadro de fármacos que en su experiencia como Psicogeriatra son adecuados para el manejo de las depresiones en el anciano y en función de su efecto ansiolítico. (21)

Así también ha dado aportaciones a los estudiosos de este problema en Congresos a nivel Nacional, con temas tales como: "Semiología Clínica de las Demencias en Gerontopsiquiatría", "Estado delirante del anciano", "Aspectos clínicos de la Depresión en el anciano", entre otras. (21)

Por otra parte el Dr. Jorge Caraveo A. realizó en el año de 1977 un estudio en 78 ancianos mayores de 65 años de edad, de ambos sexos, que acudían a consulta externa de medicina general en tres Centros de Salud, de la Delegación Tlalpan para explorar la presencia de depresión, así como cual es el cortejo sintomático que más prevalece desde el punto de vista psíquico y somático, valorándola a través del Test de Zung, se investigó además si la exacerbación de una enfermedad crónica incapacitante, constituye un factor desencadenante de la patología depresiva, si se presentaban o no ideas o intentos de suicidio entre los pacientes afectados. Por último en las conclusiones de esta investigación se llega a la realidad de la necesidad que existe de realizar más investigación, al respecto (1).

El resto de información con que se cuenta en nuestro país al respecto, se trata de análisis y discusiones de reportes hechos fuera del mismo, tal es el caso de Estados Unidos, Argentina, Montreal, etc., que los estudiosos del problema han retomado como temas y objeto de discusiones, por ejemplo, se vuelve a replantear: Factores precipitantes.

a) Enfermedad física: Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Hipoparatiroidismo con hipercalcemia, Parkinson, Síndrome de Cushing (en estos dos últimos padecimientos se encuentra fuertemente asociada la patología depresiva), padecimientos que causan vómito y diarrea por el déficit de potasio que ocasionan.

b) Falta de adaptación a la declinación de sus atributos físicos.

c) Acontecimientos catastróficos recientes (principalmente pérdidas)

d) Contexto familiar.

e) Drogas que la ocasionan: tal es el caso de la Reserpina, Alfametildopa, Clonidina, Propranolol, Diuréticos como las tiazidas, Furosemide (por hipocalcemia secundaria éstos dos últimos), exceso de alcohol, barbitúricos, Benzodiazepinas, sedantes: hipnóticos, agentes antipsicóticos, Anfetaminas, inhibidores de la mono- amino-oxidasa.

f) Manejo clínico: mediante psicofármacos, Amitriptilina y Doxepina.

g) Precaución en los fármacos usados para su manejo: por los efectos tóxicos que producen: Hipotensión ortostática, trastornos del ritmo cardiaco, disminución de la actividad colinérgica, estados psicóticos, retención urinaria, constipación, glaucoma, efectos tóxicos sobre el Sistema Nervioso Central y Aparato Neuro-Muscular, como en el caso del uso de Litio, éste también causa reducción de la liberación de T3 y T4 con la consecuente aparición de hipotiroidismo y todas sus consecuencias.

h) Recomendaciones en cuanto al manejo de dosis: dosis inicial en el anciano equivalente a una tercera parte de la dosis habitual en el adulto. Determinación de dosis mínima efectiva. Evitar asociación medicamentosa.

i) Énfasis hacia el manejo del paciente deprimido: mediante estimulación ambiental, rehabilitación en general e integración a la comunidad.

j) Avances en los manejos: ejemplo: mediante privación del sueño y el uso de fracción sintética de ACTH que parece mejorar la memoria visual, al grado de alerta y aumentar la motivación sin efectos indeseables (22).

Hasta este momento y de la revisión que se hace de las publicaciones de estos autores tanto extranjeros como mexicanos, los que se han ocupado de todos y cada uno de los factores que pueden ser causa de la depresión en el anciano y de los que han hecho notar más son: Padecimientos crónicos, hospitalización, abandono, inactividad, estrés y fracaso. Así también se puede apreciar que se han ocupado de evaluar las alteraciones de la memoria, así como el déficit cognitivo, y que han elaborado estudios pronósticos para valorar hasta dónde el anciano es operativo en el momento de la aplicación de un estudio y lo que servirá de valor pronóstico para la función del mismo en el futuro. También que a raíz de este problema han echado a andar y con éxito programas de psicoterapia a pacientes ambulatorios; se han estudiado y analizado y se vuelve a hacer mención por autores mexicanos de: Factores desencadenantes, manejo clínico, recomendaciones terapéuticas, nuevos avances en el tratamiento, drogas que lo ocasionan, etc., etc., y únicamente se cuenta con un estudio, el del Doctor Caraveo que en realidad se ocupa del estudio del cortejo sindromático y sintomático de la patología depresiva en el anciano, sin embargo está hecho en poblaciones desiguales, ya que son áreas urbanas y sub-urbanas, haciendo una población no homogénea, así mismo el número de pacientes es muy reducido ya que de una lista de 78 únicamente se logran abarcar 37, de los cuales sólo 8 se logran estudiar a fondo.

## TRATAMIENTOS QUE HAN SUGERIDO OTROS AUTORES

En 1978, Thomas A. Ban, en su artículo titulado "Tratamiento de los pacientes geriátricos deprimidos", menciona que las depresiones secundarias a enfermedad física (insuficiencia cardiovascular y/o arterioesclerosis) son más comunes en los ancianos, ésto puede explicar la respuesta terapéutica favorable a la Digoxina y/o vasodilatadores cerebrales. Aún no se decide si los vasodilatadores cerebrales superan o vencen el estado de hipoxia crónica, pero que debido a la diferencia de presiones de perfusión, las porciones sanas del cerebro deben desviar sangre a las áreas isquémicas bajo la influencia del vasodilatador cerebral. Que los diversos vasodilatadores en este momento son: Papaverina, Cielandelato, Acido nicotínico, Hydergina, un alcaloide dihidrogenado de ergotamina que tiene ventajas sobre otros. Los efectos terapéuticos demostrados (13 mg. por día) fueron superiores a los de la papaverina (300 mg. por día). Describe también que en un estudio hecho a la población geropsiquiátrica la Hydergina a razón de 3 mg. por día y la Imipramina a razón de 75 a 100 mg. por día, fueron superiores a un placebo inactivo luego de 9 semanas de tratamiento. Hace mención que de los antidepresivos tricíclicos más usados en Estados Unidos, se tienen 6 que menciona en la siguiente forma: Imipramina, Amitriptilina, Doxepina, Desipramina, Nortriptilina, Protriptilina, todos éstos terapéuticamente efectivos. Ban también hace referencia del trabajo de Hordner en pacientes mayores de 50 años, donde se menciona que estudios clínicos-bioquímicos, revelan que la excreción de 3 metoxi-4 hidroxil-fenil-glicol (MHPG) es relativamente baja en algunos pacientes deprimidos mientras que es alta o normal en otros y que se ha reconocido que la amitriptilina y la imipramina tienen diferentes efectos farmacológicos, la primera disminuye y la segunda aumenta el MHPG urinario, lo que puede explicar que la amitriptilina sea más efectiva que la imipramina.

Ban también menciona en este mismo documento que el segundo grupo de drogas más empleado para la depresión en esta población son los inhibidores de la MAO, siendo los más usados la Tranilcipromina, Fenelcina, Pargolina, pero sin embargo se tiene la tendencia de frenar su uso en ancianos por su hepatotoxicidad y potencialización de los efectos sobre aminas presoras (que pueden conducir a crisis hipertensivas), sin embargo hacen mención Kral y Papetropoulos que no observaron efectos colaterales en 50 ancianos deprimidos con 30 a 60 mg. por día de Tranilcipromina. La Fenelcina de 45 a 90 mg. por día, alivió la depresión en 20 a 30 ancianos deprimidos. Dice que considerando el aumento gradual en la actividad de la MAO luego de los 35 años con pico a los 70 años, se ha elevado la posibilidad de que sean más efectivos los inhibidores de la MAO en geriátricos deprimidos, se hace alusión al uso terapéutico de la Procaína en forma de Gerovitol H3 (solución al 2% de Hidrocloro-procaína con aditivos de ácido benzoico, metabisulfito de potasio y fosfato de sodio), ya que es un inhibidor débil y reversible de la MAO *in vitro* con posibles efectos antidepresivos, ha demostrado ser más efectivo en un estudio de 4 semanas que la Imipramina.

Describe que se ha encontrado una mayor actividad de MAO en el plasma de mujeres menopáusicas deprimidas que en controles normales, y que la administración de estrógenos conjugados orales disminuyó la actividad de la MAO y mejoró su estado de ánimo.

Aclara el autor que otra posibilidad es que en mujeres de edad la depresión no se relacione con MAO y se relacione con relativamente bajas concentraciones de testosterona y que esto puede explicar los resultados terapéuticos favorables con Fluximesterona, un andrógeno sintético. Describe el hallazgo de que la depresión durante el ciclo, ocurre cuando el balance hormonal está caracterizado por un relativo exceso de progesterona en relación a concentraciones de testosterona, (la progesterona estimula la actividad de la MAO lo cual reabre la posibilidad de que la depresión es independiente de la concentración, pero es debida a un aumento en la concentración en la actividad de la MAO). Independientemente de estas concentraciones dice, el hecho es que hay disminución en la función gonadal, por lo que se ha establecido ya el efecto terapéutico favorable de la Fluximesterona 4 a 5 mg. por día por 6 meses.

Menciona además que medicamentos como el Litio que es eliminado por el riñón sin metabolismo previo, es recomendable manejarlo en dosis menores, y sólo como profiláctico en las depresiones recurrentes (bipolar y unipolar), por que debe recordarse que el paciente anciano tiene reducido el filtrado glomerular siendo únicamente de 2/3 en relación al del joven. Hace alusión además de que los efectos indeseables por estos fármacos son más frecuentes e intensos en el paciente psiquiátrico.

En este artículo se menciona la Doxepina y dice que este fármaco tiene igual efectividad terapéutica que el resto de antidepresivos tricíclicos, pero relativamente baja toxicidad cardíaca y débiles efectos hipotensores y baja acción anticolinérgica y débil efecto anticolinérgico periférico (e incluso central), también débil efecto sobre recaptura de aminas biogénicas, lo que implica que puede usarse en combinación con antihipertensivos como la Guanetidina.

Así también se hace mención de las interacciones con otros fármacos, tal es el caso de los barbitúricos que decrecen su acción, las fenotiazinas que aumentan sus niveles, el clordiazepóxido asociado con éstos daña las funciones motoras. Termina el autor diciendo que recientemente se ha valorado que existe la posibilidad de que un aumento en las concentraciones cerebrales de Serotonina conduciría al alivio tal vez de la depresión en los pacientes geropsiquiátricos, ya que se sabe que recientemente se ha levantado la posibilidad de que la Serotonina se influencia con la dieta, pues ésta se produce a partir del contenido de Triptófano en la dieta, aunque permanece el hecho de que el aumento de Triptófano cerebral conduce a una disminución de la síntesis de Catecolaminas.

Los Doctores Krassoievitch y Caraveo recomiendan en su artículo "Selección de psicofármacos en el paciente anciano", dos tricíclicos Amitriptilina y Doxepina por su poder inductor del sueño y disminución de la ansiedad, sin especificar dosis, con la correspondiente precaución de sus efectos secundarios (6).

B. H. Burns en su artículo "Alteraciones psiquiátricas en el anciano", recalca que la Doxepina a dosis de 75-150 mg. cada noche es de elección, ya que tiene menos efectos atropínicos y es mejor tolerada y al darse por la noche evita el empleo de sedantes adicionales. Recomienda que cuando el paciente está fuertemente agitado puede emplearse la Trimipramina a dosis de 75 a 150 mg. por su notable efecto sedante, recordando que el anciano es particularmente

sensible a la hipotensión postural. Hace mención del uso de el Mianserín, antidepresivo tetracíclico a dosis de 60 a 90 mg. cada noche o cuando sea posible 30 mg. en la mañana y 60 mg. en la noche, carece de efectos atropínicos y es especialmente útil cuando se asocia con enfermedad cardíaca o riesgo de sobredosis. Recomienda el autor que la manutención de la dosis de un antidepresivo (por ejemplo Doxepina 75 mg. nocturnos) por 3 a 6 meses reduce significativamente el riesgo, debajo de los 75 mg. es menos efectivo. Diciendo además que la terapia con litio es efectiva para prevenir el relapso en el largo plazo en aquellos con episodios prolongados frecuentes de sólo depresión o episodios de manía y depresión, y que no está contraindicado en el viejo con función renal normal, pero que es mejor su uso en el paciente hospitalizado que en el externo porque de esta manera puede ser supervisado el paciente. Que además existe la seguridad en su uso con otros fármacos excepto diuréticos. Menciona que la terapia electroconvulsiva (ECT) es eficaz para producir la remisión de la depresión en el anciano en quien es bien tolerada.

Si la depresión es severa debe considerarse tempranamente más que tardíamente. Recomienda la monitorización anual de la función tiroidea en el paciente que se maneja con litio, ya que éste induce hipotiroidismo en 5 a 10% de los pacientes. Este autor menciona en forma diferente que otros autores, que debe tomarse como tratamiento adjunto la psicoterapia, la terapia ocupacional, el cuidado diario del paciente y sobre todo en el hospitalizado, teniendo en este último mucha relevancia. El manejo de las distorsiones maritales o en la dinámica familiar si existe y que este manejo de dichas distorsiones puede ser auxiliado por una trabajadora social (3).

En el año de 1983 en un seminario que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría sobre el manejo del paciente anciano se hace mención al hablar de la patología depresiva (sobre el manejo de la misma), del manejo a través de la privación del sueño, sin dar explicación más amplia al respecto, así como del uso de la fracción sintética de ACTH, ya que ésta parece mejorar la memoria visual al grado de alerta y aumenta la motivación sin efectos indeseables, pero tampoco hace alusión en forma detallada de este uso (22).



### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como se hizo mención anteriormente la depresión es una situación crítica patológica que afecta un gran porcentaje de la humanidad constituyéndose en un problema mayúsculo de salud. Así lo deja ver Caraveo al referir que desde 1952 Roth y Morrisey reportan que un 50% de los ancianos hospitalizados padecen depresión. Straker en 100 pacientes de más de 60 años estudiados en su consulta externa encontró un 73% con trastornos depresivos tanto de reacciones depresivas como neurosis con un componente depresivo (1).

Lauter en 1973 señala que existe un 10% de la población por arriba de 65 años que padece depresión deducido de estadísticas intrahospitalarias, en la práctica general y en estudios de campo (1).

Thomas A. Ban en 1978 refiere que el aumento de la expectativa de vida ha hecho que se enfoque la atención hacia la edad geriátrica, ya que un 8% de la población de Latinoamérica lo integran los mayores de 60 años y un 12% de la población en Estados Unidos los integran los mayores de 65 años y en México un 5%. Además que la incidencia de morbilidad psiquiátrica en esta población es relativamente alta y que con el paso del tiempo, se ha dejado sentir el aumento del número de ingresos de primera vez a los hospitales psiquiátricos.

Lo que para el propósito de esta investigación impresiona, es el reporte que menciona sobre la incidencia de la depresión en la población anciana: siendo un 10% en el anciano de la población en general y un 50% en ancianos con enfermedad física. Además de referir que las alteraciones afectivas están presentes en algo más del 50% de pacientes geropsiquiátricos hospitalizados, de 60 a 70 años, y en menos del 50% entre los 70 y 80 años, y mayor tendencia a la disminución en los de más de 80 años (6).

Según reportes de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de Psiquiatría (DSM-III) se comentan resultados de estudios hechos en Europa y Estados Unidos, los que indican que: en la población adulta aproximadamente del 18 al 23% de las mujeres y del 8 al 11% de los hombres tienen o han tenido en algún momento un episodio depresivo mayor, y que el 6% de las mujeres y el 3% de los hombres han experimentado un episodio depresivo mayor lo suficientemente grave como para requerir hospitalización, y que del 0.4 al 1.2% de la población han tenido un trastorno bipolar. Lo anterior deja ver claramente la mayor presentación del Síndrome en el sexo femenino, así como que en este sexo se presenta con mayor severidad. Hasta este momento en México no se cuenta con estadísticas claras al respecto. Siendo el cuadro clínico tan variado con afección a otros órganos y sistemas, muy molesto para el paciente que lo padece, no puede pasarse desapercibido, y de aquí la importancia de diagnosticarlo y clasificarlo según su cuantía. La escala de Zung como ya se mencionó con anterioridad, es un instrumento para la medición cuantitativa de la depresión que permite conocer además la signología y sintomatología que con mayor frecuencia se presenta en el anciano deprimido, de aquí la selección de este instrumento para este estudio.

#### IV. OBJETIVOS.

- a) Conocer la prevalencia de la depresión en la población de 60 años y más que acude a la consulta externa del Centro de Salud Comunitario Portales.
- b) Determinar la distribución de la depresión según el sexo.
- c) Determinar la distribución de la Depresión según la edad.
- d) Conocer la distribución de la depresión según estado civil.
- e) Identificar los principales signos y síntomas de la Depresión en este grupo de población.
- f) Conocer cuál es el motivo de consulta principal de estos pacientes.
- g) Motivar otros estudios a mayor escala para que redunde en beneficio de la población anciana y su familia.

#### V. UNIVERSO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio a realizar será descriptivo transversal, se estudiarán 238 ancianos resultado del muestreo aleatorio al que se sometieron 2400 consultas durante un período de 6 meses (Octubre 1987 a Marzo de 1988) y de una población total de 299,685 existente en el Centro de Salud Comunitaria Portales de la Delegación Benito Juárez en el momento del inicio del estudio.

##### *Criterios de Inclusión.*

- i) Ancianos de 60 años y más.
- ii) Ambos sexos.
- iii) Primera vez y subsecuentes.

iv) Que demanden atención de cualquier tipo.

#### *Criterios de Exclusión.*

i) Consumo de tratamiento antidepresivo.

ii) Consumo de alcohol en forma crónica.

iii) Consumo de drogas como: Alfametildopa, Clonidina, Propranolol, Diuréticos tiazídicos, Furosemide, Barbitúricos, Benzodiazepinas, Sedantes hipnóticos, Agentes antipsicóticos, Anfetaminas, Inhibidores de la MAO.

iv) Que padezcan Parkinson, Síndrome de Cushing o Demencia.

## **VI. DEFINICION DE VARIABLES.**

Las variables a utilizar en el desarrollo del presente trabajo son:

**Depresión:** Es un trastorno afectivo, que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, no debido a ninguna otra alteración mental o física, que consiste en una serie de síntomas que tienden a presentarse juntos.

**Anciano:** Es todo aquél individuo que en su ser sufre un proceso progresivo desfavorable, de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente con la muerte (24).

**Sexo:** Es la condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres (25).

**Edad:** (Años cumplidos). Es el período transcurrido en años entre la fecha de nacimiento de las personas y a la fecha de la toma de información (25).

**Estado Civil:** Es la situación de la persona de 12 años y más en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país, y se refiere a aquella en la que se encontraba la persona en el momento de la toma de información (25).

**Motivo de Consulta:** Es la necesidad imperiosa que obliga al paciente a acudir a los centros de prestación de servicios de salud y solicitar la ayuda de un profesional médico.

**Signos y Síntomas:** Entiéndase por signo la manifestación de una enfermedad pero que es mencionada por el enfermo sin que sea probable por el médico, es decir subjetiva, Síntoma: se denomina así a cualesquier signo provocado por una enfermedad de la que constituye una manifestación que la pone en evidencia.

**Magnitud de la Depresión:** es la trascendencia desde el punto de vista clínico y social, de la patología depresiva.

## VII. PROCEDIMIENTO DE MEDICION.

La medición de las variables del presente estudio será en la siguiente forma:

**Depresión:** Será positiva para el objetivo del presente estudio para aquellos pacientes que habiéndoseles aplicado la escala de Zung resulte ésta con una puntuación de 50 en adelante (5).

**Anciano:** Con fines del presente estudio se tomará como anciano a toda aquella persona de 60 años en adelante, de cualesquier sexo, que acuda a consulta en el Centro de Salud Comunitario "Portales" en el lapso de los 6 meses. (24)

**Sexo:** Se validará para la investigación aquel que se haya obtenido de la hoja diaria del informe médico durante 6 meses de consulta.

**Edad:** Será fidedigna únicamente la que sea anotada por el médico en su hoja de informe diario, consultada para la investigación durante 6 meses.

**Estado civil:** Se tomará para fines de la investigación el reportado por el médico en el expediente clínico del paciente, que será objeto de revisión para fines de la presente.

**Motivo de consulta:** Será tomado como verdadero el que reporte la hoja diaria del informe médico que con fines de la investigación será necesario consultar.

**Signos y síntomas:** Se tomarán como valederos aquellos que arroje como resultado la aplicación de la Escala de Zung a través de sus 20 reactivos de que consta (5).

**Magnitud de la Depresión:** Se valorará mediante la frecuencia de la misma.

## VIII. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

**A.** El tipo de estudio a realizar será de tipo descriptivo transversal.

**B.** Universo de referencia, tamaño de la muestra y selección de participantes.

La población de estudio la constituyen pacientes de 60 años y más, de ambos sexos, que asistieron a consulta externa en el Centro de Salud Comunitario Portales a cualesquiera de los 10 módulos (Consultorios de Medicina Familiar que lo integran), durante un período de 6 meses (octubre, noviembre, diciembre de 1987 y enero, febrero, marzo de 1988), tanto de turno vespertino como del matutino.

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizará la fórmula para proporciones con muestreo sin reemplazo para población finita:

$$n = \frac{N z^2 pQ}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

De donde se desprende que:

$n$  = el tamaño de la muestra.

$N$  = el universo de estudio que comprende 2400 pacientes.

$p$  = proporción de individuos que tienen la misma característica, en este caso 12% (se tomó como base el reporte de Burns B.H. para la población anciana de Estados Unidos de Norteamérica y se hizo una aproximación para la población de México), (3).

$q$  = la diferencia de  $1 - 0.12$  (proporción de individuos que no tienen la misma característica = 0.88.  $1$  = constante específica para esta fórmula y  $0.12$  es el porcentaje de ancianos que tienen la misma característica.

$Z$  = nivel de confianza 95.45 (2), valor seleccionado por el investigador, lo que quiere decir que sólo se espera error aproximado de 4.55 para alcanzar el 100% de veracidad del trabajo.

$d$  = nivel de precisión. En el presente estudio se utilizará 0.04, valor también seleccionado por el investigador y representa la variabilidad esperada únicamente.

$$n = \frac{2400 (2)^2(0.88)(0.12)}{(0.04)^2(2400-1) + (2)^2(0.88)(0.12)}$$

$$n = \frac{2400(4) \times 0.1056}{0.0016(2399) + 4(0.1056)}$$

$$n = \frac{9600 \times 0.1056}{3.8384 + 0.4224} = \frac{1013.76}{4.2608} = 238$$

Aplicando la fórmula se obtiene la muestra, en este caso probabilística de 238 ancianos de 60 años y más que serán objeto de estudio.

Una vez obtenido el tamaño de la muestra se procederá a seleccionarlos mediante la utilización de la técnica de muestreo aleatorio simple denominado 'Tabla de números aleatorios', previa relación numerada del 1 hasta el total de pacientes que integran el universo de estudio. Posteriormente de este número obtenido de ancianos se deberá consultar cada expediente clínico para conocer cada domicilio; una vez conocido el domicilio de la muestra, se procederá a realizar una visita domiciliaria, que tiene como objeto la aplicación de la escala de Zung (23).

## IX. PROCEDIMIENTO DE CAPTACION.

El instrumento que se utilizará para captar la información del presente estudio como ya se había mencionado se trata de la escala de Zung, la escala en el presente estudio tiene por objeto detectar la presencia de depresión en el grupo de estudio.

Esta escala consta de los rubros: número del paciente y 20 preguntas encaminadas hacia el aspecto clínico de la depresión, cada una de ellas tiene 4 posibles respuestas: a) muy pocas veces, b) algunas veces, c) la mayor parte del tiempo, d) continuamente; respuestas que serán calificadas de acuerdo a lo ya establecido en el documento original publicado por el doctor William K. Zung (5), de donde se obtendrá una calificación en puntos, los puntajes de 50 hacia arriba indican presencia de signos y síntomas que pueden tener importancia clínica; dicho instrumento será directamente aplicado por el investigador a aquellos pacientes que no sepan leer ni escribir tratando de no inferir en lo más posible en la respuesta, los pacientes que sepan leer y escribir y los que entiendan el significado de las preguntas contestarán por ellos mismos el cuestionario auxiliándose del instructivo anexo a cada uno de los cuestionarios.

Una vez obtenida esta información, la cual se tomará directamente en el domicilio de cada paciente, arrojará entonces un grupo de pacientes deprimidos y otro de no deprimidos, el sexo en el que predomina así como signos y síntomas más sobresalientes y si existe relación o no con el estado civil y esta patología, lo que nos permitirá tener un panorama general de: la frecuencia, distribución por edades, sexo, estado civil, así como el cuadro clínico más sobresaliente.

## X. PROCEDIMIENTO DE ELABORACION, ANALISIS E INTER- PRETACION DE LA INFORMACION.

Una vez que se cuente con la escala de Zung previamente revisada y autorizada por los asesores del presente estudio se procederá a la reproducción de 250 formas de la misma, de antemano se sabe que se utilizarán 238 pero se dejará un remanente extra por si se cometen errores inevitables durante su aplicación, posteriormente y una vez que se ha obtenido el domicilio de estos pacientes, se procederá a su aplicación y en el mismo domicilio del paciente, se corroborará que se obtenga una respuesta a cada una de las 20 preguntas de las que consta, verificando además que las 20 respuestas estén completas, la respuesta será únicamente marcando con una X el recuadro correspondiente, X que posteriormente será sustituida por un número, equivalente al número que se encuentra presente en la escala original del Dr. William K.Zung, para que después una vez recopiladas todas y ya con este dato se procederá a sumar resultados mediante calculadora manual, obteniéndose un puntaje que dará pauta a la clasificación de la información en:

- a) pacientes deprimidos y no deprimidos (número de ellos)
- b) distribución en cuanto a sexo,
- c) distribución por edades.
- d) distribución por estado civil,
- e) signos y síntomas predominantes, todo lo anterior contabilizado manualmente. los datos se presentarán de acuerdo al orden de los cuadros y gráficas que se anexan:
  1. gráfica de pastel que representa el porcentaje de pacientes deprimidos y no deprimidos.
  2. gráfica de pastel que representa el porcentaje de pacientes deprimidos hombres y deprimidos mujeres.
  3. cuadro de concentración que incluya patología depresiva y su distribución por grupos de edad.
  4. gráfico de barras que representa la relación de depresión y el estado civil
  5. cuadro de concentración que enlista signos y síntomas más sobresalientes en los pacientes deprimidos y el porcentaje de los mismos
  6. cuadro de concentración que marque los 10 principales motivos de consulta de los ancianos dentro de la clasificación internacional de enfermedades.



## RESULTADOS

De los 238 ancianos que originalmente debieron ser objeto de estudio, únicamente 100 ancianos cumplen los criterios de inclusión; 80 de los cuales son del sexo femenino y 20 del sexo masculino, resultando 18, 18% con Patología Depresiva, Gráfica I, de estos 18 ancianos deprimidos, 15 son del sexo femenino 83,3% y 3 del sexo masculino, 16,6%, Gráfica II.

Al abordar el aspecto edad, se tiene que: los rangos de la misma en que se encontraron los ancianos deprimidos fue: entre los 60-69 años, 10, 55,5%, 8 correspondieron al sexo femenino y uno del masculino, cuadro I.

En lo referente a la presentación de la patología Depresiva de acuerdo al estado civil se encontró la presencia de la misma en 6 solteros, 33,3%, en 1 casado, 5,5%, en 1 divorciado, 5,5%, en 1 separado, 5,5% y en 9 viudos, 50%; Gráfica III.

Se analizaron además los principales signos y síntomas en los 18 ancianos deprimidos, encontrándose que de un listado de 20 ocupan los 5 primeros lugares:

- 1.- No satisfacción o no realización de relaciones sexuales en 18 pacientes, equivalente a 100%.
- 2.- Abatimiento y Melancolía, en 15 pacientes, 83,3%.
- 3.- Desinterés personal, Desesperanza, en 14 de ellos, 77,7%.
- 4.- No mejoría del estado de ánimo matutino, insomnio, dificultad para realizar labores cotidianas, apatía e indiferencia al medio, en 11 de ellos, 61,1%.
- 5.- Accesos de llanto y deseos de llorar, pérdida del apetito, astenia, intranquilidad, sentimientos de inutilidad, deseos o ideas de muerte en 9, 50%, Cuadro II.

Lo que deja ver la predominancia del componente somático en la sintomatología Depresiva.

Se investigaron los 10 principales motivos de consulta del total de los 100 ancianos a los que se les aplicó el "Test de Zung", así como a estos 10 padecimientos se les ubicó dentro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, (Cuadro III) encontrándose que en orden de frecuencia los 5 primeros lugares lo ocupan:

- 1.- *Hipertensión Arterial Sistemática*
- 2.- *Diabetes Mellitus*
- 3.- *Artropatía Degenerativa*

#### 4.- *Síndrome Acido Péptico*

#### 5.- *Cardiopatías no especificadas.*

Observándose que 4 de estas 5 patologías corresponden a Enfermedades crónicas o incapacitantes.

En resumen puede decirse que la presente investigación cumple con los objetivos que se plantearon llevar a cabo, y que aún quedan muchos interrogantes que pueden retomarse como Futuras Investigaciones, y deja aspectos de importancia clínica para tomarse en cuenta en la práctica médica al brindar atención al grupo de población anciana.

## ANÁLISIS

Como se hace referencia anteriormente en la justificación de este trabajo, de la bibliografía revisada a lo largo de 1987, se encuentra un estudio publicado por Davies AD; Gledhill KJ 1983 hecho en un Centro de Salud Comunitario en busca de la asociación de depresión y ausencia de actividad obligada, no encontrándose relación. Otro publicado por Freedman N. y Cols, 1982 en la consulta de Medicina Familiar para tratar de encontrar asociación de Depresión y Enfermedad Física mediante el Test de Zung, encontrándose una gran proporción de ancianos con calificaciones elevadas. Krause N. 1986 en un estudio Comunitario explica la preponderancia de la Depresión en el sexo femenino debido a la mayor vulnerabilidad de éstas a las tensiones crónicas a las que son sometidas durante su vida, lo que explicaría la mayor necesidad de la ocurrencia a los servicios de salud y el resultado de mayores encuestas realizadas en este sexo y la mayor presentación de la patología depresiva en el mismo. En México se cuenta con un solo estudio hecho en 2 Centros de Salud de Tlalpan por el Dr. Caraveo en 1977 para valorar frecuencia de Depresión y signos y síntomas, mediante el Test Zung.

De acuerdo a la revisión de resultados y ya habiendo explicado la presentación de la patología Depresiva en lo referente al sexo, es aspecto relevante la revisión de la edad preponderante de su aparición, este estudio marca los rangos de edad de los Ancianos deprimidos entre los 60 y 79 años de edad, concordante con la publicación hecha por el Dr. Mario Strejilevich en 1980 donde refiere que de acuerdo a los estudios epidemiológicos, aproximadamente entre los 60 y 70 años de edad la prevalencia de las Depresiones se duplica con relación a los Síndromes Orgánicos Cerebrales. Thomas A. Ban M.D. 1978 publica que más del 50% de pacientes hospitalizados por alteraciones afectivas se encuentran dentro de los 60-70 años de

edad y menos del 50% entre los 70 y 80 años, rangos de edad también similares en la investigación realizada.

La mayor presentación de la patología Depresiva en los Viudos 50% para este estudio está acorde con la publicación hecha por Breckenridge Jn y Cols 1986 en la que refiere que los individuos desposeídos (después de la pérdida del Conyuge) presentaron más disforia, insatisfacción y disturbios somáticos típicos de depresión. Así lo marca B.H. Burns en 1981 al clasificar las categorías de la Depresión en el Anciano, aseverando que existe una Reacción Depresiva más intensa ante una pérdida. Post 1968 hace mención que 60 a 80% de los casos de Depresión entre los Ancianos son al parecer precipitados por acontecimientos catastróficos casi siempre pérdidas.

Al analizar los principales signos y síntomas que con mayor frecuencia estuvieron presentes (ocuparon los 5 primeros lugares en los 18 Ancianos deprimidos), es posible darse cuenta que el cuadro clínico es semejante al que ya autores como B.H. Burns en 1981 menciona; Thomas A. Ban, MD y Cols 1978 lo refiere con mayor semejanza al resultado que arroja este estudio porque toma en cuenta aspectos que el antes mencionado autor no tomó como es la disminución para experimentar todo tipo de placer y la disminución de la libido, situación esta última que se presentó en el 100% de los casos objeto de estudio.

Dentro de estos primeros lugares de síntomas y signos se encontró que un 61% de los pacientes tiene dificultad para realizar labores cotidianas lo que ya ha sido demostrado por Newman Ma; y Gaudiano JK quien ha estudiado y analizado este aspecto mediante el inventario Beck, encontrando que la depresión tiene una relación directa con la disminución del tiempo productivo de los Ancianos.

Reed PG, 1986 así lo demuestra también al estudiar Ancianos mediante el desarrollo de Recursos para el adulto senil, encontrando que el paciente deprimido tuvo menor calificación de Desarrollo de recursos.

Un signo que no está ubicado dentro de los 5 primeros lugares, pero que por su alta presentación merece hacerse referencia es la pérdida de la memoria, presente en un 44% de los casos, lo que toma interés al ser ya referido anteriormente por autores como Niederehe G; y Camp Cj en 1985, que al estudiar mediante el Inventario Beck Ancianos entre 58 y 88 años encontró que los Ancianos Deprimidos presentaron un Patrón de mayor alteración de la Memoria.

Dentro de la presente investigación también se evaluaron los 10 principales motivos de consulta de los 100 Ancianos objeto de estudio, tomándose como resultado los 5 primeros lugares y encontrándose que de estos 5, 4 corresponden a patología crónica incapacitante. De los 18 deprimidos 14 acuden a consulta de seguimiento por este tipo de enfermedad, ocupan la mayor incidencia la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y la Artropatía Degenerativa, esto hace pensar que la Enfermedad Crónica como lo menciona el Dr. Mario Strejilevich en 1980: tiene relación estadística con el comienzo de Cuadros Depresivos en los Ancianos, también concordante con la opinión de B.H. Burns 1981 dentro de las categorías

de la Depresión, marca que los síntomas depresivos ligeros son tal vez debido a Enfermedad Crónica.

Thomas A Ban M.D. 1978 refiere que la incidencia de Depresión en el Anciano en general corresponde a un 10% y en el Anciano con Enfermedad Física concordante ocupa el 50%.

W. Ferguson Anderson 1983 en la revisión que se hace en el Taller "El Manejo de los principales Trastornos en Psicogeriatría" en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, menciona la relación directa de trastornos emocionales y Enfermedades Físicas en Ancianos de más de 55 años en 31.2% de 250 hombres y 38.2% de 178 mujeres. Dentro de la misma revisión de este taller Busse 1966 relaciona la Enfermedad Cardiovascular Prolongada y Depresión, Post 1969 afirma que la coexistencia de trastornos físicos y mentales en la misma persona se da más frecuentemente de lo que podría explicar la causalidad, Lovett Doust 1952, Roessler y Greenfield 1961, Simon y Tallery 1965 mencionan que en estudios de pacientes admitidos en Psiquiatría observaron que cuatro quintas partes de los individuos padecían de incapacidad física moderada o severa, sin diferencia entre hombres y mujeres, Post 1968 dice que muchos autores han confirmado como factor etiológico el estrés psicológico (intervenciones quirúrgicas, enfermedad grave, exacerbación de trastornos crónicos). Lo anteriormente expresado indica que la presente investigación no está fuera de la realidad, sino todo lo contrario, concordante con la opinión y con estudios realizados en el extranjero y en México, y señala la necesidad de mayores estudios en este campo y la urgencia de que la atención integral del Anciano debe estar incluida dentro del Sistema Nacional de Seguridad Social, debido a que se estima que para el año 2000 en México 4% del total de la población corresponderá a Ancianos (Alvarez Gutiérrez 1977).

## CONCLUSIONES

De los 238 ancianos que debieron ser objeto de estudio, solo 100 entran al mismo, debido que el resto de ellos presentaron por lo menos uno de los criterios de exclusión.

Puede verse que la mayoría de encuestados (80), corresponden al sexo femenino y esto se debe a la mayor ocurrencia de este sexo a los servicios de salud.

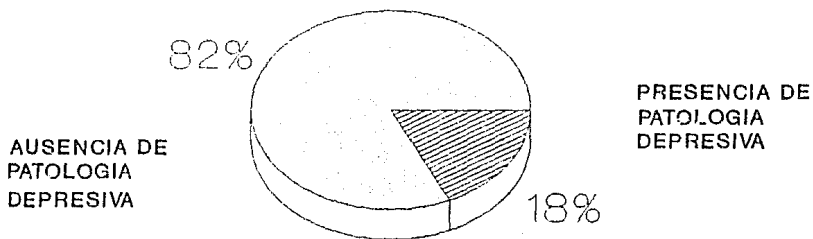
Solo 18 de 100 (18%) presentaron Patología Depresiva, siendo en realidad un porcentaje bajo en relación a lo esperado; como anteriormente se describe al mayor número de ancianos al que se encuestó son mujeres por ende el mayor porcentaje que resultó con Patología Depresiva fué este sexo, sin que pueda aseverarse que la patología Depresiva es más frecuente en el sexo femenino. Se encontró que la Patología Depresiva se presenta con mayor frecuencia para este grupo en estudio en los rangos de edad de 60-69 años y 70-79, por lo que nos alerta a prestar mayor atención a estos grupos de edad, y poder prevenir su presentación y más aún evitar sus consecuencias.

En lo referente al estado civil su mayor presentación fué en los viudos, de lo que puede deducirse que la pérdida de un cónyuge puede desencadenar su aparición o simplemente la soledad, siendo válida esta aseveración para lo solteros que ocupan un 2o. lugar.

El cortejo Sindromático y Sintomático que más sobresalió en los ancianos deprimidos se ubica perfectamente dentro del cuadro clínico de la misma.

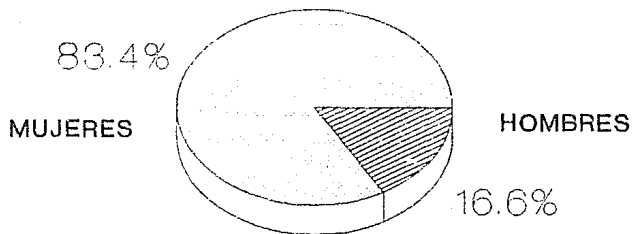
Los principales motivos de consulta excluyendo el Síndrome Acido Péptico son enfermedades sistémicas o degenerativas que como se ha aseverado en otros estudios son condicionantes de la aparición de Patología Depresiva.

Gráfica 1  
Frecuencia de Depresión en población de ancianos  
del Centro de *Salud Comunitario Portales*  
1987 - 1988.



Fuente: Instrumento de recolección de datos (100 ancianos que cumplen criterios de inclusión al estudio).

Gráfica 2  
Distribución por sexo, de Depresión en ancianos  
del Centro de *Salud Comunitario Portales*  
1987 - 1988.



Fuente: Instrumento de recolección de datos (18 ancianos con patología depresiva).

## Cuadro 1

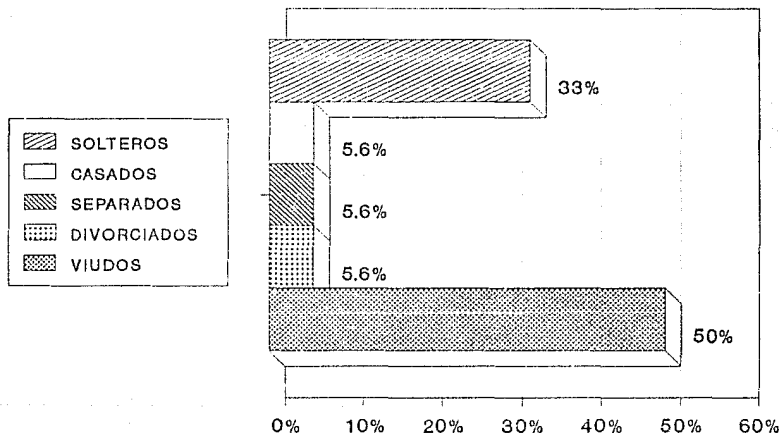
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA DEPRESION  
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, EN POBLACION DE  
ANCIANOS DEL "Centro de Salud Comunitario Portales"  
1987-1988.**

| Grupo de edad    | Masculino | Femenino  | Pct. |
|------------------|-----------|-----------|------|
| 60 - 69          | 2         | 8         | 55.5 |
| 70 - 79          | 1         | 7         | 50.0 |
| 80 - 89          |           |           |      |
| 90 y más         |           |           |      |
| <b>T O T A L</b> | <b>3</b>  | <b>15</b> |      |

Fuente: Instrumento de recolección de datos (18 ancianos con psicología depresiva)



Gráfica 3  
Distribución de depresión según el estado civil  
de ancianos del *Centro de Salud Comunitario Portales*  
1987-1988



Fuente: Instrumento de recolección de datos (18 ancianos con patología depresiva)

## Cuadro 2

**Principales signos y síntomas en los  
ancianos deprimidos del "Centro de  
Salud Comunitario Portales", 1987-1988.**

|  | Casos |         |
|--|-------|---------|
| [1] Abatimiento y melancolía                   | 15    | 83.3 %  |
| [2] No mejoría del estado de ánimo habitual    | 11    | 61.1 %  |
| [3] Accesos de llanto o deseos de llorar       | 9     | 50.0 %  |
| [4] Insomnio                                   | 11    | 61.1 %  |
| [5] Pérdida del apetito                        | 9     | 50.0 %  |
| [6] No satisfacción en las relaciones sexuales | 18    | 100.0 % |
| [7] Baja de peso                               | 9     | 50.0 %  |
| [8] Constipación                               | 5     | 27.7 %  |
| [9] Taquicardia                                | 4     | 22.2 %  |
| [10] Anorexia                                  | 9     | 50.0 %  |
| [11] Pérdida de la memoria                     | 8     | 44.4 %  |
| [12] Dificultad para realizar labores          | 11    | 61.1 %  |
| [13] Intranquilidad                            | 9     | 50.0 %  |
| [14] Desesperanza                              | 14    | 77.7 %  |
| [15] Irritabilidad                             | 6     | 33.3 %  |
| [16] Indecisión                                | 7     | 38.8 %  |
| [17] Sentimiento de inutilidad                 | 9     | 50.0 %  |
| [18] Desinterés personal                       | 14    | 77.7 %  |
| [19] Deseos o ideas de muerte                  | 9     | 50.0 %  |
| [20] Indiferencia al medio                     | 11    | 61.1 %  |

Fuente: Instrumento de recolección de datos (18 ancianos con patología depresiva)

**Cuadro 3**  
**10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN 100 ANCIANOS**  
**DEL "Centro de Salud Comunitario Portales", 1987-1988.**

|    | Diagnóstico                     | C.I.E | Casos     | Pct. |
|----|---------------------------------|-------|-----------|------|
| 1  | Hipertensión arterial sistémica | 401   | 32        | 37.2 |
| 2  | Diabetes mellitus               | 250   | 14        | 10.2 |
| 3  | Artropatía degenerativa         | 710   | 7         | 8.1  |
| 4  | Sd. ácido péptico               | 530   | 0         | 0.0  |
| 5  | Cardiopatía no especificada     | 426   | 5         | 5.8  |
| 6  | Artritis reumatoide             | 714   | 7         | 4.8  |
| 7  | Obesidad                        | 278   | 3         | 3.4  |
| 8  | Insuficiencia venosa periférica | 454   | 3         | 3.4  |
| 9  | parasitosis                     | 130   | 3         | 3.4  |
| 10 | Infección de vías urinarias     | 500   | 2         | 2.3  |
|    | otros                           |       | 7         | 8.1  |
|    | <b>TOTAL</b>                    |       | <b>80</b> |      |

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Caraveo A. Jorge, "Estudio clínico de la Depresión en el anciano". Tesis 1977.
- 2.- Pichot Pierre, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría* 3a. Edición, Pags.: 215 a 231.
- 3.- Burns B.H. "Psychiatric Alteration in the old man". *The practitioner* Vol. 225 # (1): 47-55, Enero 1981.
- 4.- M. Freedman Alfred, Kaplan Harold, J. Sadock Benjamin, *Instrumentos Diagnósticos de Depresión*, Tratado de Psiquiatría 1982, Pags.: 1125 a 1127, 1171 y 1172, 1178.
- 5.- K. Zung William, *A Self-Rating Depression Scale*, Revista Arch Gen Psychiatry, Vol. 12 No. 16, 1965. Pags: 63 a 70.
- 6.- A. Ban Thomas, *The Treatment of Depressed Geriatric Patients*, Arch Gen Psychiatry, Vol. 33 No. 117, 1983. Pags: 93 a 105.
- 7.- Niederehe G., Camp C.J., *Signal Detection Analysis of Recognition Memory in Depressed Elderly*. Exp. Aging Res 1985 Fall-Winter 11 (3-4) pags:169-173.
- 8.- Neuman MA: Gaudiano JK, *Depression as an explanation for Decreased subjective time in the Elderly*. Nurs Res 1984, May- June 33 (3) pags: 137-139.
- 9.- Gurland B. y Cols. *The short-Care: An Efficient Instrument for the Assessment of Depression, Dementia and Disability*. J Gerontol 1984 March; 39 (2) pags: 166-169.
- 10.- Hyer L. y Cols. *Depression, Anxiety, Paranoid Reactions, Hypochondriasis, and Cognitive Decline of Later-Life in Patients*. J. Gerontol 1987 Jan. 42(1); Pags: 92-94.
- 11.- Maiden R.J. *Learned Helplessness and Depression: a Test of the Reformulated Model*. J. Gerontol 1987 Jan; 42 (1) pags: 60- 64.
- 12.- Reed P.G. *Developmental resources and Depression in the Elderly*. Nurs Res 1986, Nov-Dec:35 (6); pags: 368-374.
- 13.- Krause N. *Stress and sex Differences in Depressive Symptoms Among Older Adults*. J. Gerontol 1986. Nov; 41 (6) pags:727- 731.

- 14.- Jorm AF. *Cognitive Deficit in the Depressed Elderly: a review of some basic Unresolved Issues*. Aust NZ Psychiatry 1986 March 20 (1); pags:11-22.
- 15.- Brackenridge JN. y Cols. *Characteristic Depressive Symptoms of Bereaved Elders*. J. Gerontol 1986 March 41 (2); pags: 163-168.
- 16.- Davies Ady Cols. *Engagement and Depressive Symptoms in a Community Sample of Elderly People*. Br. J. Clin Psychol 1983 Jun;22 (PTZ) pags: 95 a 105.
- 17.- Freedman N y Cols. *Depression in Family Practice Elderly Population*. J. AM Geriatr Soc. 1983 June: 30 (6); pags: 372- 377.
- 18.- Sholomskas Aj y Cols. *Short-Term Interpersonal Therapy (IPT) with the Depressed Elderly: Case Reports and Discussion*. AM J. Psychoter 1983 Oct 37 (4); pags: 552-566.
- 19.- Strejilevich S. Mario. *Algunas características de las Depresiones durante el envejecimiento*. Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat. 26, 1980; pags: 242 - 247.
- 20.- Krassoievitch Zibach Miguel, Caraveo A. Jorge. *"La selección de Psicofármacos en el paciente anciano"*. Psiquiatría (Méx) Vol. No. 1, Enero Abril 1980. pags:2 - 7.
- 21.- Krassoievitch Zibach Miguel, *"Psicopatología no Demencial"*. Psiquiatría (Méx), Vol.5 No. 2, 1975. Artículo en el Manual de apoyo para el 1er. año de Medicina Familiar, Unidad IV "El Ciclo Vital" pags: 33-39. Depto de Medicina Familiar, UNAM, México.
- 22.- Instituto Mexicano de Psiquiatría. Taller *"El Manejo de los principales Trastornos en Psicogeriatría"* Junio 1983.
- 23.- Wayne W. Daniel, *Muestras Aleatorias, Bioestadística*, 3a. Edición Editorial Limusa, S.A. 1987.
- 24.- Fuentes Aguilar Raul, Gral. Brig. M.C., Hospital Militar de México, Introducción del libro *"Geriatría"*, 1979, pag:13.
- 25.- SPP *Censo General de Población y Vivienda 1980*.