



11226  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
CLINICA DE ESPECIALIDADES BALBUENA

TÍTULO:

"DEPRESION EN LOS PACIENTES MAYORES  
DE 60 AÑOS"

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMADO  
DE ESPECIALISTA EN

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. HILDA ALVARADO OLVERA



ISSSTE TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F., DICIEMBRE DE

1997



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.

**TESIS SIN PAGINACION**

**COMPLETA LA INFORMACION**


TRABAJO DE INVESTIGACION  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:


DRA. HILDA ALVARADO OLVERA

TITULO:

DEPRESION EN LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
ASESOR DE TRABAJO DE  
INVESTIGACION  
U.N.A.M.



DR. ROBERTO SANCHEZ AHEDO  
ASESOR DEL PROTOCOLO DE  
INVESTIGACION  
CLINICA BALBUENA  
I.S.S.S.T.E.

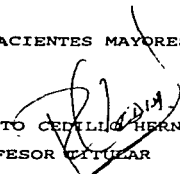
TRABAJO DE INVESTIGACION  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

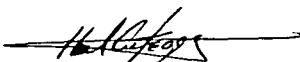
PRESENTA:

DRA. HILDA ALVARADO OLVERA

TITULO:

I. S. S. S. T. DEPRESION EN LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS.  
DELEGACION ORIENTE  
SUBDELEGACION MEDICA  
★  
DIRECCION  
CLINICA BALBUENA ★

  
DR. RIGOBERTO CEDILLO HERNANDEZ  
PROFESOR TITULAR  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
BALBUENA, I.S.S.S.T.E.

  
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DE DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA  
I.S.S.S.T.E.


TITULO:

DEPRESION EN LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS.


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

DRA. HILDA ALVARADO OLVERA

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
CORDINADOR DE INVESTIGACION  
EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY  
CORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE LA FACULTAD DE LA U.N.A.M.

## AGRADECIMIENTOS

### AGRADEZCO

... a DIOS eterno hacedor de las cosas sublimes de este mundo, por darme la fuerza de seguir adelante aún en los tiempos más difíciles, GRACIAS por estar siempre conmigo y no olvidarse de mí.

... a Mis Padres por darme la vida y enseñarme a ser una persona honesta y firme en mis decisiones.

... a mis tres hijos que son lo más importante en mi vida los cuales me han dado las mayores alegrías y una que otra tristeza, pero aún así son el motivo que le da fuerza a mi vida.

... a Karlita a la que le agradezco su paciencia y colaboración en este trabajo, el cual es más triunfo de ella que mío GRACIAS.

... a el Dr. Rigoberto Cedillo Hernández Director de la clínica Balbuena del ISSSTE por su apoyo para poder lograr este trabajo.

... a el Dr. Isaias Hernández Torres asesor de este trabajo de investigación por su comprensión y ayuda para la culminación de este esfuerzo.

... a el Dr. Roberto Sánchez Ahedo por todo su entusiasmo, apoyo, dedicación y palabras de aliento para que este trabajo llegará a buen fin, por su confianza ciega en mi capacidad como médico, como estudiante y persona en los momentos más duros, pero sobre todo GRACIAS por su amistad incondicional.

... a el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la UNAM por su ayuda, apoyo, comprensión y amabilidades recibidas para la realización de este trabajo.

... a la Señorita Silvia Landgrave Ibañez jefe de la Biblioteca de la Facultad de Medicina Familiar de la UNAM, por su apoyo, amabilidades y comprensión brindadas.

... a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para la realización de este trabajo.

... a un gran amigo que se nos adelanto en el camino de la vida, el que fué una parte vital para que llegara a la culminación de este trabajo, GRACIAS donde quiera que te encuentres.

... a aquellas personas que se desvelaron conmigo trabajando y estudiando para que llegara al final.

... a la Facultad de Medicina División de Estudios de Posgrado e Investigación del Departamento de Medicina Familiar por brindarme el apoyo para el desarrollo académico dentro de la sociedad de médicos.

... a la Jefatura de Servicios de Enseñanza del ISSSTE por brindarme la oportunidad de obtener una especialidad para una superación laboral y personal.

... al Alma Mater por haberme dado la oportunidad de adquirir todos aquellos conocimientos que me han permitido superarme día a día como persona y como médico.



## I N D I C E

	PAGINAS
<b>1.- MARCO TEORICO:</b>	
1.1.- REFERENCIAS HITORICAS	1 - 2
1.2.- CONCEPTO DE DEPRESION	3
1.3.- CLASIFICACION DE LA DEPRESION	4
1.4.- CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION	5 - 10
1.5.- ANTECEDENTES DEL DSM-III	10 - 11
1.6.- FACTORES PARA HACER UN DIAGNOSTICO CON EL DSM-III	12
1.7.- CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS - AFECTIVOS EN LA VEJEZ	13
1.8.- CUADRO DE CLASIFICACION ACTUAL DE DEPRESION	14
1.9.-ESQUEMA DE VIGILANCIA PARA RECONO- CIMIENTO DEL PACIENTE DEPREMIDO	15
1.10.-EVALUACION DIAGNOSTICA DE LOS PADE- CIMIENTOS EN ANCIANOS CON SINTOMAS DEPRESIVOS	16 - 17
1.11.-EVALUACION DIAGNOSTICA EN CASOS SOS- PECHOSOS DE TRASTORNOS EFECTIVOS - UNI O BIPOLARES	18 - 19

	PAGINA
1.12.-OPINIONES Y RESULTADOS DE ALGUNOS AUTORES EN SUS INVESTIGACIONES - ACERCA DE LA DEPRESION	20 - 21
1.13.-TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS	21 - 28
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
3.- JUSTIFICACION	30 - 32
4.- OBJETIVOS	33
5.- METODOLOGIA	
5.1.- TIPO DE ESTUDIO	34
5.2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	34
5.3.- TIPO DE MUESTRA	34
5.4.- TAMAÑO DE LA MUESTRA	34
5.5.- CRITERIOS DE INCLUSION	35
5.6.- CRITERIOS DE EXCLUSION	35
5.7.- CRITERIOS DE ELIMINACION	35
5.8.- INFORMACION A RECOLECTAR	36
5.9.- CONSIDERACIONES ETICAS	36

	<b>PAGINAS</b>
<b>6.- RESULTADOS</b>	
6.1.- TABLA #1 Y DESCRIPCION	37
6.2.- GRAFICA #1	38
6.3.- TABLA #2 Y DESCRIPCION	39
6.4.- GRAFICA #2	40
6.5.- TABLA #3 Y DESCRIPCION	41
6.6.- GRAFICA #3	42
6.7.- TABLA #4 Y DESCRIPCION	43
6.8.- GRAFICA #4	44
<b>7.- ANALISIS</b>	<b>45 - 50</b>
<b>8.- CONCLUSIONES</b>	<b>51 - 53</b>
<b>9.- BIBLIOGRAFIA</b>	<b>54 - 55</b>

## MARCO TEÓRICO

Las referencias históricas de la depresión se encuentran en todas las culturas y en todos los tiempos. Los seres humanos saben que los individuos en la vejez tienden a la pasividad, al abandono, a el pesimismo, a la tristeza y a la desmenuden de sus actividades.

Se tienen ya datos desde los filósofos Griegos 380-460 YAC(Las Obras de Hipócrates más selectas, traducidas en castellano e ilustradas por D. Andres Piquer; Médico de Cámara de S. M. tomo I tercera edición Madrid MDCCCLXXXVIII en la imprenta de la Viuda de Ibarra con privilegio 1833) de que los pacientes enfermos o de mayor edad presenta cuadros de tristeza.

Hipócrates 460-395 A. C. en sus Obras Médicas (Pronósticos y Aforismos) (Aforismos y pronósticos de Hipócrates seguidos del artículo pectoriloquio del diccionario de Ciencias Médicas. Traducidos al Castellano, los primeros del latín antiguo y al último del francés por D. Manuel Carpio, México 1833. Oficina D. Mariano Ontiveros.) que se encuentran basadas en sus observaciones y paciencia con el trato a sus pacientes, hace la descripción del cuadro de tristeza y nostalgia de los viejos.

Aristóteles (384-322 A. C.) filósofo griego se caracteriza por su gran realismo en la descripción de las dolencias físicas y espirituales de sus pacientes, refiere también cuadros de tristeza y pérdida de interés en el mundo externo de los pacientes mayores. Dentro de los programas de salud pública no se había otorgado la importancia debida a la salud mental. Se sabe que la calidad de vida del sujeto se realiza a través de la mente rigiendo las experiencias internas: el pensamiento, las satisfacciones, las relaciones interpersonales, la socialización la sexualidad, etc.

Los aspectos Psicológicos son determinantes para el individuo y la sociedad que conforma; en la inteligencia, en la afectividad, y en todas las funciones mentales observamos la actividad, no solamente de la mente sino también de la personalidad y del carácter, regidas todas por el inconsciente, en un proceso sumamente complejo y difícil de entender, pero que es parte de las funciones mentales del individuo y como tales, es importante tomar en cuenta estos aspectos para cuidar de la salud de los sujetos, no solamente la física sino también la mental para evitar o ayudar a corregir los rasgos depresivos en los pacientes de edad avanzada.

**Depresión:** (Lat. de hacia abajo + premure, comprimir)  
Disminución o deseo de la actividad funcional.  
Síndrome psiquiátrico que consiste en pesimismo y tristeza, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso aveces concomitante al sentido de culpa y preocupaciones somáticas de proporciones delirantes. (Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, Dorland, Vol. 1993, Mc. Graw-Hill Interamericana de España pág. 465).

El concepto de depresión constituye una hipótesis basada en los diferentes comportamientos que se relacionan unos con otros en los individuos y esos comportamientos presentan causas y efectos similares, y/o responden de forma semejante al tratamiento, cuanto mayor sea el ámbito de comportamiento observados relacionables con un concepto como la depresión más difícil resulta definir que formas de comportamientos se incluyen en ese concepto, y cuales no ( Síndromes Depresivos en Geriatria. Dan G. Blazer pág. 162-163).

Existen varias clasificaciones de depresión según los parámetros valorados, una de las más utilizadas es la que divide la depresión en tres categorías:

Depresiones edógenas: aquellas en que las causas estarían relacionadas con el propio psiquismo del paciente; se supone ligadas a factores biológicos genéticos.

Depresiones somáticas: aquellas que son originadas por causas orgánicas o somáticas demostrables.

Depresiones psicógenas: aquellas que se deben a causa psíquicas o ambientales causantes de estrés para el individuo.

En un mismo paciente pueden combinarse diferentes etiologías y factores desencadenantes o conservadores de la depresión, que actúan de manera indiscriminada en tiempo y acción en la etiopatogenia morfológica, genética, celular, molecular, endocrinológica, neurológica, que indica el origen de la disminución de las facultades psíquicas correlacionadas con la depresión de forma parcial o total (Alonso Fernández, F: la Depresión y su Diagnóstico pág 238-258 Labor Barcelona 1988).

El carácter de la depresión senil es diferente, en muchos aspectos, del correspondiente a fases anteriores de la vida.

Los episodios depresivos del anciano son con frecuencia breves: el sentimiento de culpabilidad resulta poco habitual, mientras que la irritabilidad y las quejas somáticas son frecuentes, tanto en los pacientes hospitalizados como en los ambulatorios (Dovenmuehle, Reckles y Neuman, 1970).

Foulds (1960) sugirió que los ancianos tienen más probabilidad de ser diagnosticados de depresión psicótica, aunque la prevalencia de depresiones neuróticas quizá sea mayor de lo que suele creerse. Gurland (1976) resaltó la tendencia de los ancianos a quejarse de mala memoria, aun cuando las pruebas formales indicasen que la conservan intacta.

La depresión senil muchas veces tiene un elemento de ansiedad. Según Kay, Roth y Beamish (1961) la depresión de los ancianos es más superficial que crónica; pero Post (1968) sostiene que a medida que las personas envejecen, las enfermedades afectivas se convierten en más graves y prolongadas, con mayor número de recaídas.

Blan y Berezin (1975) consideran que el problema central de la depresión en la vejez, radica en la incapacidad para hacer frente a las pérdidas externas, y en la autopercepción de cambios internos y externos. Esto provocaría, a su vez, una



disminución de la auto estima y sentimientos de inutilidad sobre la propia vida.

Busse Barnes y Silverman (1954), así como Busse et al (1955), proporcionaron evidencias en favor de este concepto al señalar la mayor frecuencia de "reacciones de duelo" en la ancianidad, y la escasa incidencia de introyección de los impulsos hostiles entre los ancianos deprimidos, en comparación con individuos más jóvenes. La disminución de la autoestima y el sentimiento de pérdida parecen constituir los factores coadyuvantes más destacables.

Goldfard (1974) observó una mayor probabilidad de "depresiones enmascaradas" entre los ancianos, y DeAlarcón (1964) detectó síntomas hipocondriacos con más frecuencia entre los pacientes deprimidos mayores de 60 años. Blumenthal (1975) ha añadido algunas evidencias objetivas a estas observaciones clínicas. Señaló que las mediciones de falta de sensación de bienestar, humor depresivo, síntomas somáticos y pesimismo se correlacionan bastante bien entre los sujetos deprimidos más jóvenes, mientras que tal correlación disminuye en los ancianos con depresión.

Es indudable que a su origen contribuyen múltiples factores. La depresión no es en si misma una enfermedad o un conjunto de síntomas, sino que abarca una serie de síndromes cada uno de los cuáles quizás tenga una etiología distinta. La adaptación de criterios diagnósticos operativos, que no llevan implícita una etiología subyacente, aumenta la probabilidad de consistencia y fiabilidad del diagnóstico, y por tanto constituye un paso hacia la realización de estudios clínicos y comunitarios sobre la depresión senil. (Síndromes Depresivos en Geriatria. Dan G. Blazer pág. 168-169).

"Estoy envejeciendo. No puedo hacer nada para evitarlo."  
"Estoy solo en la vida" "No sé a que día estamos, porque para mí todos los días son iguales: grises y aburridos" "No me gusta la vida. Algunas personas siempre saben hacer lo que les conviene, a mí todo me sale mal." Tales frases son frecuentes entre los ancianos. De hecho estas expresiones depresiva, desesperanzadas e incapacitantes se consideran a veces inherentes al proceso de envejecimiento. Los seres humanos suelen pensar en la vejez como una época de tristeza y amargura.

Envejecimiento y depresión a menudo tienden a confundirse. A pesar de todo, quienes observan con seriedad a los ancianos

ideas obsesivas de culpa y autoacusación (80%), ansiedad (75%), irascibilidad (75%), el enfermo es impaciente y se exaspera con facilidad, llanto (72%), pérdida del interés por las tareas habituales (50%). Encontramos también los siguientes síntomas psicológicos: apatía, desgano, sensación de vacío interno, desinterés por el futuro, indiferencia por el ambiente, descuido del arreglo personal, desesperanza, pesimismo (el futuro le parece sombrío), dificultad para concentrarse, incapacidad para amar, autodesprecio (tiene una pobre opinión de sí mismo), ideas hipocondriacas, ideas de incurabilidad, monoideísmo (pensamiento monótono que gira en torno de desgracias), remordimiento de conciencia por causas fútiles, ideas delirantes de pecado, de enfermedad, de pobreza o de ruina, ideas de suicidio francas, ideas de muerte expresadas por el deseo de morir en accidentes o intempestivamente, tentativas de suicidio, expresan ideas como "todo me da igual", "nada me divierte", "soy una carga para todos", "me siento muerto en vida", "me siento como si trajera el mundo encima con todos sus problemas".

Entre los síntomas somáticos destacan: "Insomnio (97% con depresión mental), estreñimiento (80%), pérdida de peso (75%), disnea (75%), fatiga (70%), anorexia (70%), poliuria (70%), mareos (70%), disminución del apetito sexual (63%), trastornos menstruales (60%), taquicardia (60%). Encontramos

saben que muchos de ellos, la mayoría, se encuentran bastante satisfechos y sólo experimentan fluctuaciones menores de su afectividad.

La característica esencial de la depresión es un "humor deprimido con pérdida de interés y placer en relación a las actividades y pasatiempo habituales" (APA, 1980). Los síntomas depresivos están acentuados en las personas mayores, pero el médico a de tener en cuenta que la depresión es tratable (Síndromes Depresivos en Geriatria Dan G. Blazer)

Clinicamente se ha demostrado que la depresión causa disminución de las facultades mentales, se acompaña de datos como tristeza profunda, abatimiento, mal humor, inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de desición.

El doctor Arturo Hernández Aguilar indica que "la depresión mental es una enfermedad que se caracteriza esencialmente por la sensación de tristeza profunda, de abatimiento, de opresión, de decaimiento del ánimo, que conduce a ver la vida y a sí mismo como algo negativo e insoportable". Es un cuadro clínico muy complejo con síntomas psicológicos y somáticos entre los que destacan: "tristeza (95% con depresión mental),

también los siguientes síntomas somáticos: . cefaleas occipitales, visión borrosa, flatulencia, saliva escasa, sequedad de la boca, náuseas, parestesias, opresión precordial, hipertensión arterial, trastornos vasomotores, espasmos vasculares, bochornos, voz monótona y opaca, disminución de las habilidades en el trabajo, dolores musculares, distorsión de la imagen corporal, zumbido de oídos, hipersensibilidad a los ruidos, aumento del apetito sexual, alteraciones dermatológicas." (Dr. Arturo Hernández Aguilera, profesor adjunto de psiquiatría e instructor de clínica psiquiátrica. Facultad de Medicina Universidad de Guadalajara. La Depresión mental.)

Los estudios epidemiológicos demuestran un porcentaje elevado de casos de depresión, precedidos de otros cuadros depresivos enmascarados con cuadros de ansiedad y más adelante, por problemas somáticos propios de la edad avanzada dando un diagnóstico difícil y atípico, y que deben ser estudiados por el especialista por su complejidad.

La búsqueda de una mejor sistematización diagnóstica a llevado a dos sistemas ampliamente usados "The International Classification of Diseases "ICD-9, (OMS, 1978) (OMS, Mental Disorders, Glossary and guide to heir classification in accordance with the ninth revisión of the international

classification of diseases: Who, 1978) y la tercera revisión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" DSM-III, American Psychiatric Association (APA, 1980) (American Psychiatric Association Diagnostic and Washington, D. C., 1980). Esta última ha sufrido una nueva remodelación dando como resultado el DSM-III-R (APA- 1987). Al revisar el manual destaca inmediatamente la diferencia con otros sistemas de clasificación, basados en distinciones dicotómicas, tales como neuróticos o psicóticos, endógenos o reactivo. Se establecen distinciones fundamentales entre trastornos afectivos con un síndrome "completo" (es decir, "trastornos afectivos mayores"), y aquellos otros en los que sólo existe un síndrome afectivo parcial (es decir, otros trastornos afectivos específicos). Los trastornos afectivos mayores incluyen los bipolares, o enfermedades maniacodepresivas, y los episodios depresivos mayores. Se permite al clínico cierta libertad para determinar si el episodio es psicótico o no, y si existen signos de depresión "endógena". Así mismo, vuelve a utilizarse el antiguo concepto de "melancolía", para indicar la presencia o ausencia de síntomas endógenos.

La utilización por parte de los clínicos de la clasificación DSM-III, proporcionará cuando menos un sistema clasificatorio de fiabilidad probada con independencia de sus problemas inherentes (Spitzer, Forman y Nee, 1979).

Para hacer un diagnóstico con el DSM-III se evalúan 5 factores:

- a) Síndrome psiquiátrico clínico
- b) Trastornos de la personalidad
- c) Trastornos médicos no mentales
- d) Gravedad del estrés psicosocial
- e) Nivel más alto de función adaptativa durante el año anterior.

Desde que en el año 1982 se realiza en Viena la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento ha transcurrido ya más de una década. En líneas generales, algo se ha avanzado pero sin llegar ni siquiera a acercarse a las decisiones que entonces se adoptaron por los estados miembros. Geriátrika, 1993;9 (3): 105-107).

Por su simplicidad y claridad me he referido para una clasificación de la TEA (Trastornos del Estado de Animo), en la vejez a la propuesta por Herrera, Sabanes y Pajes (Herrero Velasco, L.: Sabanes Migraña, F.; Payes Aveli, E: Trastornos Psíquicos en la tercera edad. Monografía Newsletter Psiquiatría. Barcelona, Ed. Espaxs 1985) ver cuadro inferior de Clasificación:

**Clasificación de los Trastornos afectivos en la Vejez:**

**A) Con antecedentes afectivos:**

**1.- Bipolares**

a) Enfermedades Maniacodepresiva

b) Trastornos ciclotímico

**2.- Monopolares**

a) Depresión mayor

b) Depresión distímica o neurótica

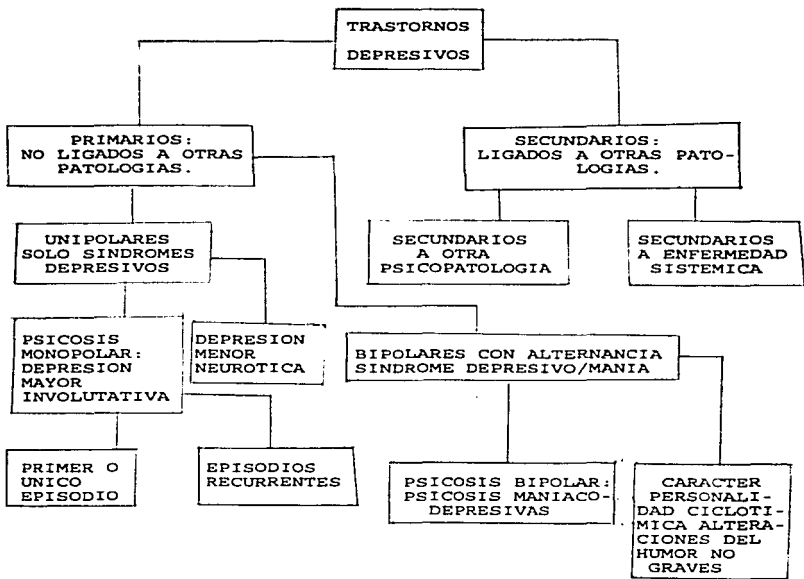
c) Depresión secundaria a procesos médicos, psiquiátricos y yatrogénicos.

**B) Sin antecedentes afectivos:**

**1.- Depresión de inicio tardío**

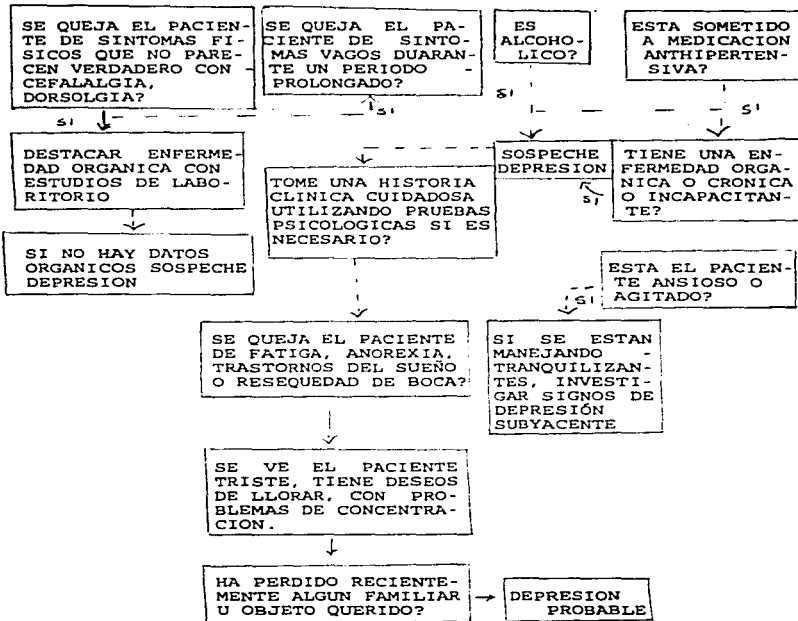
**2.- Depresión secundaria a procesos médicos, psiquiátricos y yatrogénicos.**





CLASIFICACION ACTUAL DE DEPRESION (TOMADO DE NEWSLETTER, HOECHST)

DIAGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE:  
RECONOCIMIENTO DE LA DEPRESION



ESQUEMA DE VIGILANCIA PARA RECONOCER AL PACIENTE DEPRIMIDO.

## EVALUACION DIAGNOSTICA DE LOS PACIENTES CON SINTOMAS DEPRESIVOS

### HISTORIA

#### SINTOMAS

**HISTORIA ACTUAL**, incluyendo el inicio, duración y variación de los síntomas a lo largo del tiempo.

**ANTECEDENTES**, de episodios depresivos o maníacos, y de otros trastornos psiquiátricos y médicos.

**PRESENCIA O AUSENCIA** de síntomas de un trastorno de pensamiento, como la esquizofrenia, de enfermedad cerebral orgánica o de enfermedades físicas importantes.

**ANTECEDENTES** de medicación.

**HISTORIA FAMILIAR** de depresión, de otras psicosis o de alcoholismo.

#### EXPLORACION FISICA

Debe prestarse especial atención a la evaluación de posibles trastornos endocrinos, infecciones ocultas, déficit neurológico, disfunción cardíaca y evidencia de neoplasias.

#### EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Trastornos de la conciencia.

Trastornos del humor y el afecto

Trastornos del comportamiento motor

Trastornos de percepción

Presencia o ausencia de alucinaciones

Trastornos del pensamiento

Autoestima y culpabilidad

Ideas suicidas

Trastornos de la memoria y la inteligencia (de modo habitual, deben evaluarse por los menos dos o tres veces)

Memoria; por ejemplo: "¿Sabe a que día estamos hoy?"

Capacidad de abstracción; por ejemplo: "¿En qué se parecen una pera y un plátano?"

**EVALUACION DIAGNOSTICA DE LOS PACIENTES  
ANCIANOS CON SINTOMAS DEPRESIVOS**

CONTINUA...

Capacidad para realizar cálculos simples; por ejemplo "Reste tres de veinte y repita la operación hasta llegar a cero"

Conocimiento de acontecimientos actuales importantes; por ejemplo "¿Quién es el presidente del gobierno?"

**PRUEBAS DE LABORATORIO**

Hemograma completo

Análisis de orina

Determinación de tiroxina

VDRL

Electroencefalograma

Tomografía computarizada (cuando se considere indicada)

Determinaciones de vitamina

B12 y fólico.

**PRUEBAS PSICOLOGICAS**

**PRUEBAS EXPERIMENTALES**

Determinación de neurotransmisores y sus metabolitos en plasma y líquido cefalorraquídeo.

Potenciales evocados.

Pruebas neuropsicológicas especializadas

EVALUACION DIAGNOSTICA EN CASOS SOSPECHOSOS  
DE TRASTORNOS AFECTIVOS UNI O BIPOLAR

HISTORIA del paciente

SINTOMAS Y SIGNOS

EPISODIOS previos de manía o depresión

TRATAMIENTO previo por manía o depresión

Hospitalización o régimen ambulatorio

Respuesta a medicamentos específicos o terapia electroconvulsiva

HISTORIA familiar de manía, depresión, suicidio, abuso del alcohol o tratamiento psiquiátrico

EVALUACION del funcionamiento en el medio ambiente actual

EVALUACION de pensamientos, amargos o tentativas suicidas

ADAPATACION social, incluyendo situación conyugal, estado socio-económico y red de soporte

PERSONALIDAD PREMORBIDA.

DATOS OBTENIDOS CON LA AYUDA DE DOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Historia de manía , depresión, suicidio, alcohol o tratamientos psiquiátricos en la familia

Evaluación del mayor número posible de componentes de la familia para descubrir síntomas y signos de trastornos afectivos pasados o presente\*

DATOS DEL ESTADO MENTAL

Afectividad, humor

Comportamiento psicomotor

Evidencias de trastorno del pensamiento

Evidencias de disfunción cognoscitiva

**EVALUACION DIAGNOSTICA EN CASOS SOSPECHOSOS  
DE TRASTORNOS AFECTIVO UNI O BIPOLAR**

**CONTINUA...**

**EXPLORACION FISICA**

Revisión del sistema endócrino  
Examen neurológico

**PRUEBAS DE LABORATORIO**

Pruebas de función tiroidea  
Tomografía axial computarizada (si se considera la posibilidad  
de demencia)  
17-hidroxi y 17 - cetosteroides en orina\*  
MHPG en orina\*  
Electroencefalograma, incluyendo potenciales evocados\*  
Actividades MAO plaquetaria\*

**PRUEBAS PSICOLOGICOS**

TEST utilizados habitualmente para diferenciar entre depresión  
y demencia

Weschler Adult Intelligence SCALE  
Test de Despistaje de Afania  
Test Trailmastering

Test habitualmente innecesarios en la depresiones seniles graves;  
tienen valor, sobre todo, cuando los pacientes no responden a  
los antidepressivos ni a la terapia electroconvulsiva

Minnesota Multiphasic Personality Inventory  
Test de apercepción temática  
Test de Rorschach

\*Por ahora se trata de procedimientos experimentales. Uno o  
varios de ellos pueden resultar esenciales para evaluación  
diagnóstica, como predictores de la respuesta terapéutica.

Algunos autores (Brink et als., 1982) recomienda la exploración sistemática de la depresión en todos los procesos de evaluación de las personas mayores.

Las causas que justifican este fenómeno se deben a la conjunción de diferentes factores de índole social y personal entre los que merece la pena destacar numerosos procesos de duelo a los que el anciano debe enfrentarse como la pérdida de seres queridos, independencia de los hijos (Cencillo, 1987; Herce Mendoza, 1989), pérdida del trabajo como mecanismo de autoafirmación del yo y de autorrelación como consecuencia de la jubilación forzosa (Blazaer, 1984), pérdidas de capacidades físicas y cognitivas inherentes al paso de los años etc.; al enfrentamiento con la proximidad de la propia muerte (Salvarezza, 1988).

Actualmente se tiene a la depresión como la patología más frecuente en los pacientes mayores, presentada en forma directa o encubierta bajo quejas de tipo funcional o hipocondriacas como se ve en las depresiones largadas. En su estudio Ray y cols. estiman en un 23% aproximadamente a las personas mayores de 65 años que presentan depresión y precisan de tratamiento psiquiátrico, las psicosis depresivas son menos frecuentes del 2-4% siendo más frecuentes en las mujeres en proporción 3:1, las psicosis bipolares se reparten por igual en ambos sexos, las monopolares más frecuentes en

mujeres 3:1, depresiones neuróticas reactivas se presentan con mayor frecuencia en hombres viudos, separados, o divorciados, no existe correlación entre el nivel socioeconómico y la aparición del cuadro depresivo aunque una situación de crisis económica puede actuar como desencadenante de estos trastornos. (Ray y Cols. Social origins of depression in old age Br. J. Psychia, 1982, 141:135-42).

Blazer indica una prevalencia del cuadro depresivo en su comunidad de estudio hasta de un 45% (blazer B. Williams CD Epidemiology of dyshoria and depression in an erderly population. Am J. Psychiartsy 1980. 439-44).

Currie indica en el estudio de 50 pacientes mayores que el 60% muestra depresión y el 20% demencia (Currie CT Moore JT. Friedman S. W. et al Assessment. of elderly cases at home a report of50 cases. J. Am Geriatric Soc. 1981:29:398;401).

Las personas mayores consumen más fármacos que cualquier otro grupo de edad entre la población de los Estados Unidos. Aunque las perosnas con 65 a más años sólo representan el 11% de la población, utilizan el 25% de los fármacos prescritos en el país (Food and Drug Administration, 1968). Los agentes psicotrópicos, en especial las fenotiacinas, ocupan uno de



los primeros lugares en la lista de medicamentos empleados por estos pacientes. Las fenotiacinas resultan los fármacos prescritos con mayor frecuencia en un asilo y los segundos en frecuencia (tras los agentes para el sistema cardiovascular) en los pacientes ambulatorios (Ray, Federspiel y Schaffner, 1980).

Los antidepresivos tricíclicos no sólo acortan la duración de los episodios depresivos, sino que también aumentan la tasa de remisión en todos los grupos de edad. Sin embargo, la dinámica del proceso de envejecimiento y el posible uso de múltiples fármacos por las personas mayores, dificultan la tarea de prescribir una farmacoterapia apropiada. Como ya se ha dicho, ciertos medicamentos pueden inducir depresión en las personas de avanzada edad. Por tanto, cuando se prescriben agentes antidepresivos quizá sea necesario suprimir otros fármacos.

Los pacientes de edad avanzada están especialmente expuestos a los efectos tóxicos de los medicamentos, por diversas razones, en primer lugar, los factores fisiológicos, fisiopatológicos y sociales convirtiendo en inadecuadas las normas habituales de prescripción de fármacos. Los cambios sociales, como la pérdida de actividad y el descenso del

nivel social, también pueden provocar alteraciones fisiológicas por inactividad progresiva y modificaciones de los hábitos dietéticos.

En segundo lugar, están mucho más expuestos al riesgo de errores en la medicación. Según un estudio realizado sobre individuos con más de 65 años, el 66% estaban tomando medicamentos sin instrucciones adecuadas y el 25% no usaba los fármacos del modo prescrito por el médico. El análisis de estos errores en la medicación reveló que el 47% de los casos se debía a omisión, en el 20% a conocimientos inadecuados, en un 17% a la automedicación, en un 10% a dosificación incorrecta y en un 6% a frecuencia y cronología inadecuada de la ingesta de la dosis. (Lundin, 1978).

A veces, el efecto de un medicamento es aumentado de modo significativo por la adicción de un segundo agente, que lo convierte en tóxico. Otras veces se bloquea la acción de uno de los fármacos. Frecuentemente en las personas mayores pueden presentarse los efectos colaterales anticolinérgicos aditivos de las fenotiacinas, antihistaminicos y antidepressivos tricíclicos. La mayoría de estas interacciones potenciales pueden predecirse, si se conocen las propiedades farmacológicas de los diversos agentes (absorción, distribución, depósito hístico, efectos farmacológicos,

metabólicos y excreción). Sin embargo, a veces se presentan interacciones peculiares, especialmente con los dicumáricos. Siempre que se prescribe un fármaco para tratar la depresión el médico debe conocer los síntomas que probablemente mejoren con su uso. En este sentido debe pensarse que la afectividad deprimida quizá no sea el síntoma central a corregir, la mayoría de los antidepresivos es más probable que corrijan trastornos del sueño, anomalías del apetito, agitación o retardo, al menos inicialmente. En la evaluación inicial debe documentarse los síntomas, y la terapia antidepresiva será valorada de forma periódica para determinar los efectos obtenidos.

La mayoría de los antidepresivos tricíclicos se prescriben en los adultos a una dosis inicial de 150 mg. administrada habitualmente a la hora de acostarse. Cuando se receta a personas mayores especialmente si sufre problemas médicos significativos, la dosis inicial debe reducirse a la mitad o a un tercio de lo habitual para los adultos. En general, la dosificación se aumenta en un 25-50% cada 3-5 días. El metabolismo más lento de los antidepresivos tricíclicos puede conducir a reacciones tóxicas una semana después de alcanzar determinado nivel de dosificación. El peligro potencial de concentraciones sanguíneas excesivamente elevadas pueden evitarse aumentando la dosificación con lentitud y de forma gradual.

Un avance significativo introducido en los últimos años consiste en la determinación de los niveles plasmáticos de antidepresivos tricíclicos. Tales niveles guardan buena relación con la respuesta terapéutica. (Amsterdam, Brunswick y Mendels, 1980). Los niveles de antidepresivos tricíclicos dependen de varios factores, entre los que se incluye la vida media del fármaco. También influyen el metabolismo hepático la unión a las proteínas plasmáticas, los factores genéticos y la raza, los niveles plasmáticos mantenidos en los adultos, cuando las entradas son iguales a las salidas, puede calcularse la vida media del fármaco.

Los pacientes mayores muestran niveles plasmáticos más altos de antidepresivos tricíclicos que las personas de otras edades y también existen evidencias sobre la presencia de respuestas terapéuticas a niveles plasmáticos más bajos (Friedel y Raskin, 1980) Ziegler y Biggs (1977) recomienda la determinación de los niveles plasmáticos de antidepresivos tricíclicos en todos los pacientes mayores.

En general no es aconsejable la prescripción de carbonato de litio sin hacer comprobaciones regulares de los niveles hemático. Los efectos colaterales más comunes de los medicamentos utilizados para tratar la depresión dependen de su acción anticolinérgica que incluye sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, taquicardia, visión

depresión en los pacientes mayores aumenta los niveles de catecolaminas y serotoninas. Las hormonas tiroideas y el carbonato de litio constituyen a esta regla general.

Los tricíclicos han constituido el tratamiento farmacológico de primera línea para los trastornos depresivos en los adultos y ancianos desde su descubrimiento, al final de la década de los 50. Sin embargo es bien sabido que los pacientes de edad avanzada toleran mal estos fármacos observándose una alta incidencia de efectos colaterales, como hipotensión, retención urinaria, confusión, estreñimiento y glaucoma. (Coull et al, 1970) Burrows et al (1976). Pero así mismo es posible que también desarrollen ciertos efectos colaterales beneficiosos, por ejemplo, en el tratamiento de las extrasístoles auriculares y ventriculares (Bigger et al, 1977).

Los inhibidores de la MAO se han experimentado poco en los pacientes mayores, y apenas existen datos para confirmar su hipotética eficacia terapéutica, estos se han propuesto como tratamiento para la " depresión atípica " con síntomas concomitantes de un trastorno o de somatizaciones.

**CARACTERISTICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE DETECCION  
SELECCIONADOS PARA LA DEPRESION.**

ESCALA	POBLACION	ITEMS	FORMATO	TIEMPO APLIACION CALIFICACION
INVENTARIO DE DEPRE- SION DE BECK	ADULTOS	21	ELECCION MULTIPLE	10-15 MIN.
ESCALA DE DEPRESION AUTO-CLASIFICATORIA	ADULTOS	20	ESCALA DE LIKERT	10-15 MIN.
ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA	ADULTOS > 55 AÑOS	30	SI-NO	10-15 MIN.
ESCALA DE DEPRESION DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS	ADULTOS	20	ESCALA DE LIKERT	10-15 MIN.
CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL	ADULTOS	28	ESCALA DE LIKERT	10-15 MIN.
ESCALA DE CLASIFICA- CION CARROLL PARA LA DEPRESION.	ADULTOS	52	SI - NO	15-20 MIN.
INVENTARIO DE DEPRE- SION DE NIÑOS	NIÑOS (8-13 AÑOS)	27	ELECCION MULTIPLE	15-20 MIN.

**TEST ACORTADO DE DEPRESION GERIATRICA**  
**(ESTE ES EL TEST QUE SE OCUPA EN ESTE ESTUDIO)**

NO.	P R E G U N T A	SI	NO	CORRECTA	VALOR
1.-	ESTA SATISFECHO CON SU VIDA?			SI	
2.-	HA BAJADO MUCHO EL INTERES POR SUS ACTIVIDADES Y TRABAJO?			NO	
3.-	PIENSA QUE SU VIDA ESTA VACIA?			NO	
4.-	FRECUENTEMENTE ESTA ABURRIDO?			NO	
5.-	SE ENCUENTRA DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?			SI	
6.-	TIENE MIEDO DE QUE LE PASE ALGO MALO EN CORTO TIEMPO?			NO	
7.-	SE ENCENTRA FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?			SI	
8.-	TIENE LA SENSACION DE SER INCAPAZ?			NO	
9.-	PREFIERE PERMANECER EN CASA QUE SALIR A LA CALLE O PASEAR?			NO	
10.-	PIENSA QUE TIENE PROBLEMAS CON LA MEMORIA?			NO	
11.-	CREE QUE ES BELLO VIVIR?			SI	
12.-	TIENE LA SENSACION DE QUE LO QUE HACE NO TIENE VALOR?			NO	
13.-	TIENE LA SENSACION DE TENER TODA SU ENERGIA?			SI	
14.-	PIENSA QUE SU SITUACION ES DESESPERADA?			NO	
15.-	CREE QUE LA GENTE TIENE MEJOR SUERTE QUE USTED?			NO	
VALOR: 1-5 LEVE 5-10 MODERADA 10-15 DEPRESION SEVERA					

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la consulta diaria de una clínica de Medicina Familiar de primer nivel, se presentan un gran número de pacientes mayores de 60 años.

Entre ellos se observan frecuentemente rasgos depresivos de diferente magnitud. Se ignora si todos los pacientes se encuentran deprimidos y en que grado de depresión están.

Los individuos tienden a la depresión por diferentes entre los cuáles encontramos los de tipo familiar, los económicos, sociales, físicos, mentales, etc..

Por lo cual, en este trabajo se plantea si existe depresión en los pacientes mayores de 60 años, y en que escala de severidad se encuentran.



## JUSTIFICACION

Se tiene un gran número y cada vez aumenta más la población de pacientes mayores de 60 años, en las referencias de ancianos en México es que más del 50% se encuentran deprimidos.

"La depresión está considerada ahora como uno de los mayores desórdenes en la gente mayor. Las actuales tasas de ocurrencia están lejos de ser claras (Blazer DG II, ed. Depression in late life, ST Louis: CV Mosby, 1982: 103 -17), reporta la prevalencia de la depresión en un porcentaje menor de 2, cuando las entrevistas psiquiátricas formales dan la máxima del 45%, cuando se toman de los síntomas de un expediente (Jarvink LF Again and depression; some unanwerd questions.J Gerontol 1976; 31;324-6) a realizado otros estudios en los que la depresión varía del 5% a 65% (Gurland B., Dean L., Cross P., Golden R. The epidemiology of depression and dementia in the elderly: the use of multiple indicators of these conditions. In Cole JO, Barrett JE, eds. Psychopathology in the aged. New York : Raven Press, 1980), reporta una prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años y va de un 10% para hombres y un 15% para mujeres a un 24% en mayores de 65 años los cuales se encuentran con depresión.

Encontrándose que una tercera parte de la población adscrita que acude a la clínica Balbuena ISSSTE, son personas mayores de 60 años, y que este tipo de pacientes presentan un equilibrio en su vida diaria con sus enfermedades propias del envejecimiento y la cronicidad de haberlas padecido, los mantiene aparentemente en un buen estado, pero los cambios que suceden a su alrededor rompen este equilibrio presentando con ello facilidad a la depresión de la cual se ignora su severidad.

La función del médico familiar consistida en determinar la depresión del paciente mayor de 60 años, apoyándose en un test de aplicación sencilla y fácil de evaluar en pocos minutos dentro de su consulta diaria, el trastorno anímico que aqueja a su población que llega de forma independiente a la clínica, no se conoce que cantidad de estos pacientes conlleva este padecimiento, ni en que grado se presenta por no adoptarse las medidas pertinentes, ante este cuadro clínico tan importante, por lo cual, es indispensable para el médico familiar el conocimiento de métodos que con solo unos minutos de tiempo les permitan identificarlos, para conocer el grado de depresión de estos pacientes y poderlos canalizar al servicio especializado para ser tratados adecuadamente.

Para proponer estrategias de detección y cuidado que les permitan a las personas mayores de 60 años tener una mejor calidad de vida, y que el médico familiar les brinde una orientación adecuada a su padecimiento a este grupo de la población tan olvidado, para el instituto para darle a las personas mayores de 60 años una mejor atención a su problemática y mejorar la calidad del servicio.

## OBJETIVOS

### Objetivo General.

-Determinar si existe depresión en los pacientes mayores de 60 años.

### Objetivos Específicos

-Identificar el grado de depresión en los pacientes deprimidos.

-Identificar a los pacientes por grado de depresión, edad y sexo.

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Descriptivo, Prospectivo, y de corte Transversal.

### POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Pacientes mayores de 60 años de ambos sexos, que acudan en forma independiente y estén adscritos a la consulta del modulo #7, los cuales pertenescan a la colonia Jardín Balbuena del ISSSTE de junio a septiembre de 1994.

### TIPO DE MUESTRA:

No aleatoria, de tipo consecutivo.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Consta de 170 pacientes de ambos sexos mayores de 60 años pertenecientes a la colonia Jardín Balbuena.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Pacientes derechohabientes al ISSSTE, pertenecientes a la colonia Jardín Balbuena, mayores de 60 años de ambos sexos que se presenten de forma independiente a la consulta el modulo #7 en el turno matutino, dentro del período de estudio y que estén de acuerdo en que se les aplique el test de depresión.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Personas no derechohabientes al ISSSTE, pacientes de menos de 60 años o que tengan algún tipo de padecimiento psiquiátrico o que no pertenezcan a la colonia Jardín Balbuena.

**CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Encuestas que no revelen datos reales o que no cumplan con los criterios de inclusión.

**INFORMACION A RECOLECTAR:**

Edad - Pacientes mayores de 60 años.  
Sexo - Masculino - Femenino  
Grado de - Preguntas con respuestas Si - No, las cuales nos  
Depresión manifestarán el grado de depresión de acuerdo al  
Test "Acortado de depresión Geriátrica de Brinkg  
y Cools."

**PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR INFORMACION:**

El médico del consultorio #7 con su población adscrita ( colonia Jardín Balbuena) en el turno matutino de la clínica Balbuena ISSSTE, aplicará el test acortado de depresión geriátrica a los pacientes los cuáles cumplan con los criterios de inclusión dentro del período de estudio, posteriormente hará la evaluación del test según los parámetros indicados en el mismo, para conocer el grado de depresión en estos sujetos de estudio.

**CONSIDERACIONES ETICAS:**

Conforme a los reglamentos éticos de la Declaración de Helsinki no se afectan en ninguna forma a los sujetos de estudio.

EDAD	S E X O				T O T A L	
	MASC.	%	FEM.	%		%
60 - 64	8	4.70	36	21.18	44	25.88
65 - 69	7	4.12	28	16.47	35	20.59
70 - 74	13	7.65	25	14.70	38	22.35
75 - 79	6	3.53	18	10.59	24	14.12
80 y +	8	4.70	21	12.35	29	17.05
TOTAL	42	24.70	128	75.29	170	99.99

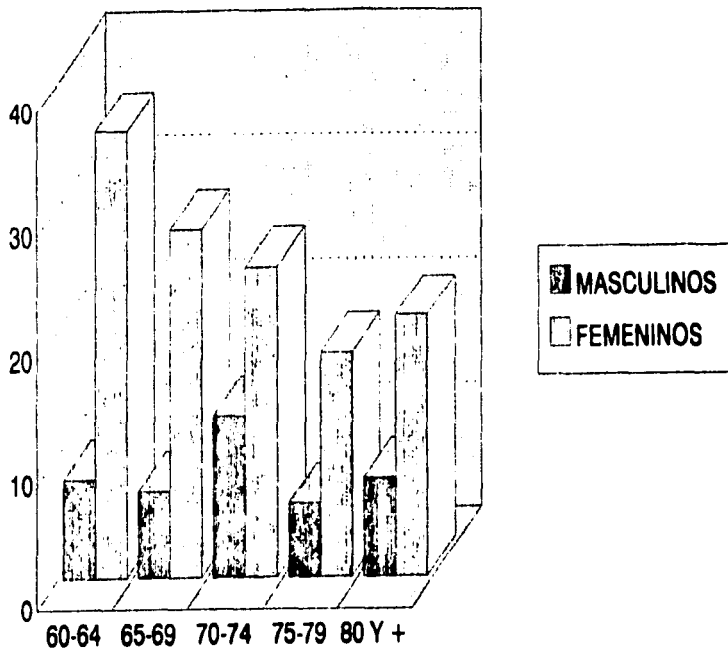
CUADRO #1 DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

En el cuadro número 1, en el estudio de 170 individuos se encuentra la cifra más significativa en el sexo femenino con 128 casos (75.29%) y el menor número en el sexo masculino con 42 casos (24.70%). Observando que el mayor número de encuestas realizadas dentro de este estudio son mujeres por lo que dentro de esta investigación los porcentajes más altos son los de este grupo.



# DEPRESION EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

## DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO



CEDULA RECOLECTORA DE DATOS

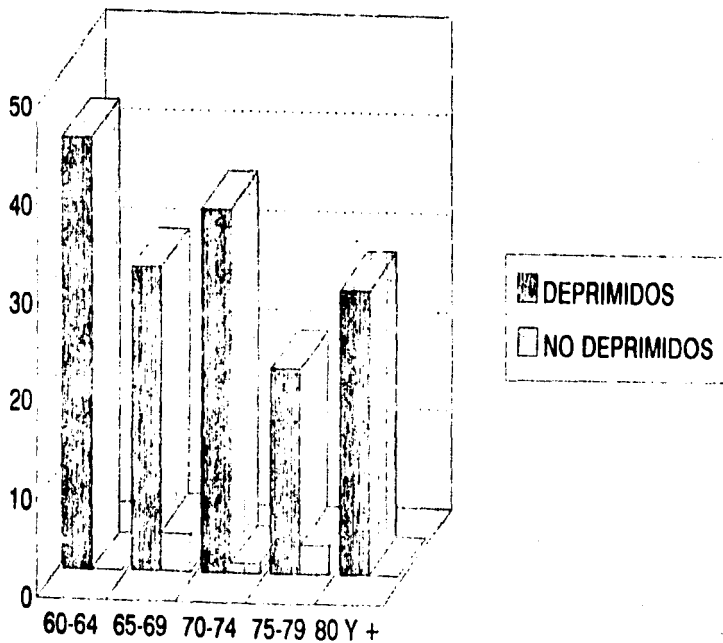
EDAD	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS		T O T A L	
	NUM.	%	NUM.	%		%
60 - 64	44	25.88	--	--	44	25.88
65 - 69	31	18.23	4	2.35	35	20.58
70 - 74	37	21.76	1	0.59	38	22.35
75 - 79	21	12.35	3	1.76	24	14.12
80 y +	29	17.06	--	--	29	17.06
TOTAL	162	95.28	8	4.70	170	99.98

CUADRO # 2 FRECUENCIA DE DEPRESION EN EL GRUPO ESTUDIADO.

En el cuadro número dos es importante resaltar el hecho que de los 170 casos solo 8 (4.70%) no presentan depresión, siendo de llamar la atención que la mayoría de los sujetos de estudio se encuentran deprimidos 162 casos (95.28%) no importando ni su edad ni su sexo.

# DEPRESION EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

FRECUENCIA DE DEPRESION EN EL GPO ESTUDIADO



CEDULA RECOLECTORA DE DATOS

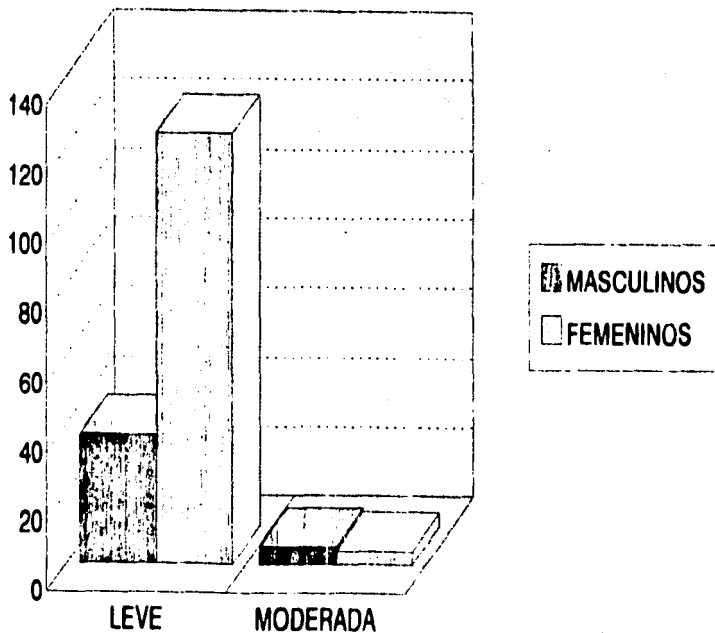
GRADO DE DEPRESION	S E X O				T O T A L	
	MASC.	%	FEM.	%		%
L E V E	37	21.76	124	72.94	161	94.70
MODERADA	5	2.94	4	2.35	9	5.29
SEVERA	--	--	--	--	--	--
TOTAL	42	24.70	128	75.29	170	99.99

CUADRO #3 GRADOS DE DEPRESION.

En el cuadro número tres observamos que ninguno de los sujetos de estudio se encuentra con depresión severa, siendo importante destacar que de los 170 casos el grado de depresión leve presenta el mayor número de porcentaje 161 casos (94.79), presentandose más pacientes del sexo masculino con depresión moderada 5 (2.94%).

# DEPRESION EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

## GRADOS DE DEPRESION



CEDULA RECOLECTORA DE DATOS

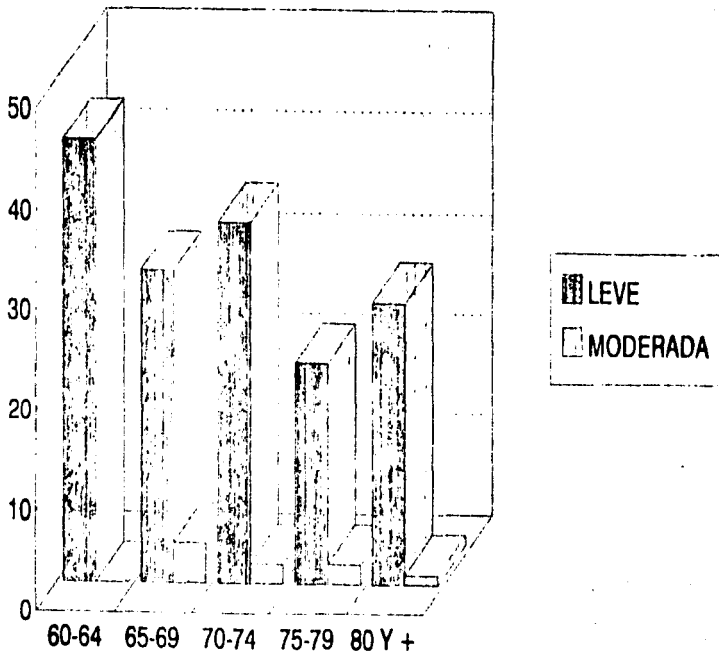
EDAD	L E V E		MODERADA		SEVERA		T O T A L	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
60 - 64	44	25.88	--	--	--	-	44	25.88
65 - 69	31	18.23	4	2.35	--	-	35	20.58
70 - 74	36	21.18	2	1.18	--	-	38	22.36
75 - 79	22	12.94	2	1.18	--	-	24	14.12
80 y +	28	16.47	1	0.59	--	-	29	17.06
TOTAL	161	94.70	9	5.30	--	-	170	100.00

CUADRO # 4 GRADO DE DEPRESION POR GRUPO DE EDAD.

En el cuadro número cuatro es importante resaltar que de los 170 casos estudiados ninguno presenta depresión severa, no importando su edad ni su sexo, y que solo 9 (5.30) presenta depresión moderada y observando que el mayor número de casos presenta una depresión leve dentro de cada uno de los grupos de edades.

# DEPRESION EN PACIENCIAS MAYORES DE 60 AÑOS

## GRADO DE DEPRESION POR GPOS. DE EDAD



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LA RECOLECTORA DE DATOS

## ANALISIS DE DATOS

Es indudable que el origen de la depresión tiene multiples factores, en el presente estudio, el objetivo general es determinar, si existe o no depresión, en los pacientes mayores de 60 años que acuden a la consulta del modulo #7 de la clínica Balbuena del ISSSTE, para lo cual se aplicó el test de depresión Geriátrica de Brink y cols. (de Brink T.L. y cols.: Screening Test for Geriatric Depression. Clinical Gerontologist, 1, 1, 37-43, 1982) (Salgado Alba Alberto, Francisco Guillen Llera. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Salvat editores, S. A. Barcelona 1988), validada desde 1982, en su versión acortada de 15 preguntas, las cuáles nos permiten detectar de una manera sencilla los grados de depresión en la presente investigación, los cuáles van de un nivel leve (1 - 5), nivel medio o moderado (6 - 10) y nivel alto o severo (11 - 15).

Encontrandose entre los 170 sujetos estudiados por medio de este test que 42 son hombres y 128 son mujeres y que de estos 161 casos (94.70%) presentan depresión leve y solo 9 casos (5.29%) en nivel moderado y que no se observa en ninguno de los sujetos depresión severa.



Esta investigación solo se enfoca a conocer si existe depresión y en que grado de severidad se presenta entre los pacientes mayores de 60 años o más, que acuden a la consulta del modulo #7 en el turno matutino, de la clínica de especialidades Balbuena del ISSSTE, de forma autónoma y que no presentan cuadros psíquico alguno.

En sus estudios Dan G. Blazer, indica que los episodios depresivos de los ancianos son con frecuencia breves, mientras que la irritabilidad y las quejas somáticas son más frecuentes y sugieren que es probable diagnosticarlos de depresión psicótica.

En esta investigación encontramos que los pacientes que acuden a la consulta son irritables y que acuden principalmente con quejas somática.

Kay, Roth y Bamish indica que la depresión en los pacientes mayores es más superficial que crónica. Se observa que, cuando al paciente mayor dentro de la consulta se le da mayor tiempo y se le escucha, al parecer sus quejas somáticas son pasajeras y muestran más animosidad.

En su estudio Ray y Cols. estiman que un 23% a las personas mayores de 65 años que presentan depresión, y está es más frecuente en las mujeres en proporción de 3:1. En nuestro estudio el porcentaje de mayor depresión lo encontramos en el sexo femenino 4.5:1, más debemos tener en cuenta que el mayor número de sujetos de estudio los tenemos en el de mujeres (128 casos con un porcentaje de 75.29%), y varones (42 casos con un porcentaje de 24.70%) que nos da una proporción de 3:1 ya de antemano en la investigación en general.

Obteniendo como datos de analizar, que la depresión se presenta con más frecuencia entre los 60 - 65 años (25.88%), en segundo término entre los de 70 - 74 años (22.36%), en tercer término de 65 - 69 años (20.58%), en cuarto término entre los pacientes con 80 años o más (17.06%) y por último de 75 - 79 años (14.12%).

Blazer indica una prevalencia del cuadro depresivo en su comunidad de estudio hasta de un 45%.

Currie indica en su estudio de 50 pacientes mayores, que el 60% de estos muestra depresión y el 20% demencia.

En nuestro estudio encontramos que un total de 95.28% de casos se encuentran con depresión y que solo el 4.70% no lo están. Siendo importante destacar que en ninguno de los casos se presentó depresión severa, manejándose en nuestra investigación un rango de depresión leve (94.70%) y moderada (5.30%)

## CONCLUSIONES

Al plantear el estudio de depresión en pacientes mayores de 60 años encontramos que en nuestra comunidad no existían datos sobre este cuadro clínico tan importante.

Se realiza el estudio en 170 individuos aplicandoles una encuesta breve y fácil de codificación, teniendo en cuenta que sean pacientes derechohabientes, que acudan a la consulta externa de forma autónoma y sin problemas psiquiátricos.

La primera observación es que en la consulta diaria de la clínica Balbuena I.S.S.S.T.E. existe un mayor número de pacientes del sexo femenino. En nuestra investigación de 170 individuos el 24.70% (42 casos) son hombres y el 75.28% (128 casos) son mujeres, según las observaciones se a notado qque acuden más mujeres que varones a la consulta de medicina familiar de la clínica.

Se encuentra dentro de esta población de estudio (170 casos) que solo 8 (4.70%) no presentan depresión y que los 162 restante se encuentran en una escala de leve a moderada, no existiendo en ninguno de los casos depresión severa, esto dado probablemente a su equilibrio socio-económico que les permite vivir sin grandes cambios y que son pasajeras sus problemáticas o son solucionables con aparente facilidad.

Encontramos en la investigación que todos los grupos de edades presentan depresión, principalmente en un grado leve, y que las mujeres son las más afectadas, probablemente por su papel dentro de la sociedad, en la que se ve con múltiples factores de responsabilidad; con el esposo, con los hijos, en la vida socio-económica, etc..

No se realizaron encuestas socio-económicas por los cuál, no podemos determinar en nuestro estudio si esto tiene que ver como un factor desencadenante de la depresión moderada (5.29%), siendo mayor en el sexo masculino (2.94%) debiendose probablemente a que el hombre tiene la responsabilidad de cubrir las necesidades económicas dentro de su familia y por ello, en esta etapa de su vida en que sus ingresos disminuyen tanto, que presente rasgos de depresión moderada.

En todas las etapas de la vida se presenta la depresión, pero en los últimos años para las personas mayores en que parecen ser más largos y solitarios y hay cuadros de autoestima devaluados la depresión es un cuadro presente en ellos, aun y cuando se presenta de forma leve o moderado como se ve en nuestro estudio.

El médico familiar al saber de esta problemática en el paciente mayor tiene una doble responsabilidad: primero

diagnosticarle de la forma más precisa posible y segundo enfrentar el problema, tanto para manejarlo, canalizarlo al especialista o en el mejor de los casos prevenirlo.

Una herramienta que le ayudará al medico familiar aparte de su experiencia, práctica y destreza para el diagnóstico de este estado anímico es la aplicación del Test de Depresión Geriátrico, que se lleva pocos minutos y nos da la evaluación del grado de depresión y será de gran ayuda dando un punto de partida para futuras investigaciones con mayor profundidad, dando pie a encuestas que aporten datos nacionales acerca de este padecimiento.

El tener hoy datos que mejoren la calidad de vida en esta etapa de la vida de nuestra población, fortalecerá la atención futura que se brinde a los que ahora son jóvenes, teniendo viejos más tranquilos, preparados adecuadamente para esa etapa de la vida que será más fortificante, llena de satisfacciones y alegrías con preparación y educación médica.

#### BIBLIOGRAFIA

- Alonso Fernandez, F.: Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Madrid: Paz Montalvo, 1979.
- Brink T.L.; Yasavege, J.A.; Lum, O.; Heersema, P. H.; Adey, M.; Rose, T.L.: Screening. Tests for Geriatric Depression - Clinical Gerontologist, 1982; 1, 1:37-43.
- Blazer Dan., G. Síndromes Depresivos en Geriatría. Barcelona Doyma, 1984.
- Cencillo, J.L.: La depresión y el Proceso de Duelo en el Anciano. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología <<Geriatría>>, 1987; 3:407 - 412.
- Coleman, R. M.: Sleep Awake Disorders in the Elderly: A Polysomnographic Analysis. Journal of the American Geriatric Association, 1981; 29:289-296.
- Donald "Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina" Vol. I 1993 Mc Graw- Hill Interamericana de España pág. 465.
- Fernández Alonso, F., La Depresión y su Diagnóstico. Labor Barcelona 1988 págs. 238-258.

- Gurland B., Dean L., Cross P., Golden R., The epidemiology of Depression and Dementia in the elderlyÑ the use of multiple indicators of these conditions. In Cole JO., Barrett JE, eds. Psychopathology in the aged. New York: Raven Press, 1980.
- Hernández Aguilera, Arturo Dr. La Depresión Mental. Profesor adjunto de Psiquiatría Facultad de Medicina Universidad de Guadalajara, 1989.
- Blazer B. Williams CD. Epidemiology of dyshoria and depression in an elderly population. Am J. Psychiartsy 1980 págs. 439-444.
- Herrero Velasco, L; Sabanes Megraña, F.; Payes Aveli, E: Trastornos Psíquicos en la tercera edad. Monografía Newsletter Psiquiatría Barcelona, Ed. Espaxs 1985.
- Hipócrates. Aforismos y Pronósticos de Hipócrates seguidos del artículo Pectoriloquio del diccionario de ciencias médicas. Traducido al castellano los primeros del latín antiguo y el último del francés por D. Manuel Carpio. México 1833. Oficina D. Mariano Ontiveros.
- Jarvink LF., Again and depression; some unanwerd questions. Gerontol 1976; 31;324-6.
- Salvado Alba Alberto, Francisco Guillen Llera. Tratado de Geriatria y asistencias Geriátricas. Salvat editores, S.A. Barcelona 1989.