

11226

12  
24



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado e Investigación  
Departamento de Medicina Familiar  
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los  
Trabajadores del Estado  
Unidad Académica Clínica Santa María del I.S.S.S.T.E.

Prevalencia de la Depresión en  
Pacientes de la Tercera Edad de la  
Clínica Santa María del I.S.S.S.T.E.  
Turno Vespertino Consultorio 3

TESIS

Que para obtener el diploma de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
presenta

Dra. María del Carmen Calvo Cervantes



ISSSTE México, D. F.

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

271552



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.

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

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
CLÍNICA SANTA MARÍA DEL I.S.S.S.T.E.

TÍTULO

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD  
DE LA CLÍNICA SANTA MARÍA DEL I.S.S.S.T.E.  
TURNO VESPERTINO CONSULTORIO 3

TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN CALVO CERVANTES

México, D.F., 25 de Febrero de 1999.

TÍTULO

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD  
DE LA CLÍNICA SANTA MARÍA DEL I.S.S.S.T.E.  
TURNO VESPERTINO CONSULTORIO 3

TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

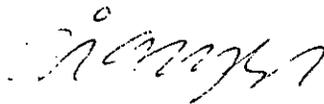
PRESENTA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN CALVO CERVANTES

AUTORIZACIONES



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



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR- ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

TÍTULO

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD  
DE LA CLÍNICA SANTA MARÍA DEL I.S.S.S.T.E.  
TURNO VESPERTINO CONSULTORIO 3

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN CALVO CERVANTES

AUTORIZACIONES



DR. RUBÉN JORDÁN MORA  
PROFESOR TITULAR  
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES EN  
LA CLÍNICA SANTA MARÍA DEL I.S.S.S.T.E.

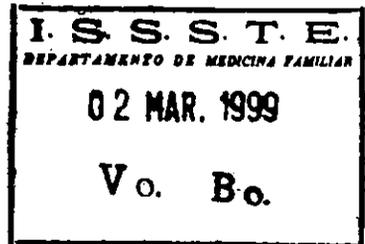


DR. GUILLERMO REYES RUIZ  
ASESOR DE TESIS  
I.S.S.S.T.E.



DRA. SUSANA TREJO RUIZ  
ASESOR DE TESIS  
U.N.A.M.

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

CLÍNICA SANTA MARÍA, 25 DE FEBRERO DE 1999.

## INDICE GENERAL

	PAG.
1.- TITULO	
2.- INDICE GENERAL	
3.- MARCO TEORICO	1
SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	3
CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS	7
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	8
SINTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS	10
SINTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, EDAD Y SEXO	10
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	12
ESPECIFICACIONES	12
CARACTERISTICAS DESCRIPTIVAS Y TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS	13
HALLAZGOS DE LA EXPLORACION Y ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS	14
ASPECTOS BIOLÓGICOS	14
CUADRO DE LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD	15
INSTRUMENTO DE DEPRESIÓN ADICIONALES	18
TRATAMIENTO	19
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
5.- JUSTIFICACION	24
6.- OBJETIVO GENERAL	25
OBJETIVOS ESPECIFICOS	25
7.- METODOLOGÍA	26
TIPO DE ESTUDIO	26

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	26
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA	26
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	26
PLANES PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	27
PLANES PARA LA PRESENTACIÓN Y EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	28
DEFINICIÓN DE VARIABLES	29
ASPECTOS ÉTICOS	31
8.- RESULTADOS	32
CUADROS Y GRAFICOS	35
9.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	46
10.- CONCLUSIONES	50
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
12.- ANEXOS	58

## MARCO TEORICO

Envejecimiento y depresión a menudo tienden a confundirse, a pesar de todo, quienes observan con serie dada los ancianos saben que muchos de ellos, la mayoría se encuentran bastante satisfechos y solo experimentan fluctuaciones menores de su afectividad, de hecho; los ancianos gozan de mucho prestigio en las culturas orientales. Para comprender la especial combinación de factores que precipita la depresión significativa o grave en las personas de edad avanzada, las antiguas creencias mas extendidas deben temperarse con los conocimientos de la ciencia moderna. <sup>(1)</sup>

## REVISIÓN HISTÓRICA.

Hipócrates incluyó la melancolía en sus clasificaciones de las enfermedades mentales y la atribuía como inconformidad o miedo prolongado. Los médicos griegos y romanos, refieren que la melancolía aumenta su frecuencia entre los individuos de mediana edad y de edad avanzada. Galeno (siglo II), pensaba que la melancolía era inherente a la vejez y que resultaba mas frecuente en los ancianos. En la literatura antigua, la depresión, se consideraba causada por influencias externas, en especial de los dioses. La depresión irracional y los comportamientos extraños serian obra del diablo, las personas mayores, especialmente las mujeres con psicosis depresivas, fueron acusadas de practicar la brujería y condenadas a morir en la hoguera, para que así quedaran limpias de espíritu.

El excelente estudio de WILLMUTH (1979), resalta aún mas la reciproca influencia que existía entre la depresión senil y la acusación de brujería.

Constantino Afertanto, sugirió en la edad media que la depresión se debía al sentimiento extremo de culpabilidad religiosa, aunque mantenía la tradición hipocrática de una etiología parcialmente humoral.

Ambroise Paré, por su lado, expresó que la vejez extrema, que sobrepase los 80 a los 100 años, es tan fría para los que la padecen, que se convierten en seres ásperos, quisquillosos, impúdicos y malhumorados y llenos de quejas (Paré 1634). Los conceptos psicodinámicos, sobre la etiología de la depresión aparecen por primera vez en la obra de Robert Burton (1652) *Anatomy of melancholy*. Según sus palabras las personas que han llevado una vida activa, con cargos importantes, muchos negocios, capacidad de mando y numerosos individuos a su servicio y de repente abandonan todo esto súbitamente por cualquier causa, son vencidos por la melancolía en un instante. Paracelso en el prefacio de su obra *Diaseases that deprive man of his reason*, retomó la tradición hipocrática de unas causas naturales para todas las enfermedades físicas y mentales.

Durante el siglo XIX, los nuevos conceptos sobre la enfermedad mental hicieron que los médicos considerasen prácticamente inseparable la depresión senil y la demencia, cabe decir que todos estos médicos, entremezclaban todos los síntomas depresivos del anciano, para incluirlos en una categoría de enajenación progresiva o demencia inminente.

Kraepelio (1904) fue el primero en afirmar que las depresiones intensas en las fases avanzadas de la vida no conducen inevitablemente a la demencia.

Sigmund Freud (1917), desarrolló la teoría psicodinámica de la depresión , postuló que la depresión representaba la introyección de la hostilidad causada por la pérdida de personas amadas de un modo ambivalente.

Beck (1967)) hizo notar que la depresión es un conjunto cognoscitivo negativo, consistente en creencias y actitudes negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro.

Lipton y Hemeruff,(1978) apoyan la teoría de que los cambios neurofisiológicos del cerebro son debido al proceso de envejecimiento.

Un equipo de investigadores de la Universidad de Chicago han realizado importantes estudios sobre los cambios de personalidad durante el ciclo vital (1964).. una conclusión de estos estudios fue las personas mayores experimentan el medio ambiente como algo complejo y peligroso y ajeno a su control. (1)

### **SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS**

Se estima que en E.U. aproximadamente el 12 % de los pacientes de mas de 65 años, donde predomina el sexo femenino, ocupan el 30% de los expedientes en las unidades médicas, incluyendo el 33 % del tiempo de los médicos y el 40% de la admisión en los hospitales. En 1991 cerca de 17 millones de consultas fueron para pacientes de entre los 65 y 74 años y un grupo de 16 millones de

consulta para gente mayor de 75 años, esto constituye cerca del 20% de todas las consultas de pacientes externos que atienden médicos familiares, para personas de mas de 65 años. <sup>( 2 )</sup>

En México donde los menores de 20 años representan el 50% de la población y que en las últimas décadas la transición de población es mas acelerada y la esperanza de una vida se incrementó a 73 años para la mujer y de 68 años para el hombre y en donde el último reporte de población nos indica que existen mas de 4 millones de personas con mas de 65 años, <sup>( 3 )</sup> estimándose para este mismo grupo de edad , un incremento de 3 millones para el año 2010 , mas de 7 millones de elementos que significan un verdadero problema y reto a la salud.

En el ISSSTE, el 10% del total de su población es mayor de 64 años, y la Clínica de Medicina Familiar Santa María, ubicada en la Delegación Regional Zona Norte del propio Instituto. se otorgaron de enero a junio de 1998, 25279 consultas, de las cuales el 14 % fue para el grupo mayor de 60 años. <sup>( 4 )</sup>

Los trastornos depresivos en el geronte en la práctica de la medicina familiar a primer nivel de atención es prácticamente no reconocida y muy poco investigada en México. inclusive confundiendo su diagnostico o enmascarándolo con otros padecimientos concomitantes.

Así tenemos que las referencias que se obtienen son en otros países, en donde nos indican su incidencia-prevalencia y el incremento de la depresión y factores asociados a la misma.

En E.U. , la depresión es una de las 10 enfermedades mas observadas en la práctica de la medicina familiar estimándose que mas de 13 millones de norteamericanos, sufren síntomas de depresión durante un período típico de 6 meses, cada año, alrededor de 16 millones precisan tratamiento médico y el 37 % de los pacientes que acuden a los médicos de familia, figuran como deprimidos, según las escalas de detección estándar . De estos pacientes del 80 al 90%, pueden ser tratados exitosamente por medio de una farmacoterapia o psicoterapia o ambas. Así mismo la depresión en el diagnóstico más común, asociado con hospitalización por razones psiquiátricas. <sup>(5)</sup>

En los pacientes que han llegado al suicidio un 15% cursaron con un historial de depresión, inclusive han visitado a su médico poco antes de suicidarse. <sup>(6)</sup>

Existe el peligro de que los problemas sociales, económicos y políticos, que actualmente se ciernen sobre los servicios de salud y de asistencia, nos impiden ver una crisis inminente debido a la creciente carga de enfermedades e incapacidad física de nuestra cada vez mayor población de ancianos, misma que demanda en mayor cantidad y mejor calidad de los servicios de salud.

Por lo que se hace una necesidad que tanto médicos , enfermeras y técnicos se encuentren preparados emocionalmente e intelectualmente para enfrentar este reto. <sup>(7)</sup>

Una afirmación frecuente es la de "Todos somos geriatras ahora", lo cual es cierto, excepto para los especialistas en pediatría y obstetricia, pero el resto de profesionistas en áreas de salud. encuentran que pasaran gran parte de sus vidas, ocupándose de ancianos. Por lo anterior, viene siendo motivo

de constante preocupación para la atención médica, correspondiente al primer nivel, la frecuencia con la que la población de la llamada la tercera edad solicitan servicios de atención personal relacionados con diferentes patologías, entre las cuales con un creciente porcentaje, las relacionadas con trastornos mentales. mismas que se presentan como entidad única o acompañado de otras patologías. Así mismo, se presentan estados no atribuibles a trastornos mentales específicos, pero que merecen algún grado de atención o tratamiento y que se deben a características específicas de la personalidad a las consecuencias de la intensidad de stress psicosocial, o a fallas en la capacidad de adaptación ante los problemas de la vida. ( 8 )

Es bien conocido que en los pacientes gerontes su primer contacto con los servicios de salud es con el médico familiar mismo que tiene la obligación de detectar las alteraciones mentales, aunque irónicamente, investigaciones actuales, muestran que los médicos familiares no suelen reconocer los síntomas de la depresión, debido a una entrevista inadecuada, por no considerar la depresión en el diagnóstico diferencial, por dar menos importancia a los trastornos psiquiátricos que a las enfermedades físicas, falta de una capacitación continua y actualizada, así como de los instrumentos adecuados para la detección y resolución de los problemas mentales. ( 9 )

Generalmente la depresión esta disfrazada por ansiedad o quejas somáticas, esto viene siendo un problema agregado a los ya mencionados, así tenemos que inclusive los médicos experimentados no diagnostiquen el trastorno en un tercio de los pacientes deprimidos, y los médicos residentes pierden el diagnóstico en dos tercios a tres cuartos de los pacientes deprimidos como consecuencia un porcentaje importante de pacientes no reciben el tratamiento adecuado. ( 10 )

## CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar) trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología trastornos, del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias. ( 11 )

a) El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o mas episodios depresivos mayores (P. Ejem. al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañado por lo menos de otros síntomas de depresión)

b) Trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido mas días con estado de ánimo depresivo que sin el, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor

c) trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen con los criterios de un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, etc.

La sección de los trastornos del estado de ánimo esta organizada como sigue:

### Episodios afectivos

- 1.-episodio depresivo mayor
- 2.-episodio maniaco

3.-episodio mixto

4.-episodio hipomaniaco

### **Trastornos depresivos**

1.trastorno depresivo mayor

2.trastorno distímico

3.trastorno depresivo no especificado

### **EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de tristeza. El sujeto también tiene y debe experimentar al menos otros 4 síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora., la falta de energía., sentimientos de intravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos de suicidio. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio .

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, en algunos sujetos con episodios leves, la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Los dos síntomas importantes se encuentran en el episodio depresivo mayor, y son

- 1) estado de ánimo deprimido,
- 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer.

Es importante que los síntomas no sean provocados por medicamentos u otras sustancias.

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.

como vemos el apetito se ve alterado, normalmente, tienen falta de apetito, pero en otros pacientes puede existir una aparente normalidad, ya que consumen alimentos pero de predominio hidratos de carbono, pueden perder o ganar peso (criterio 3)

Alteraciones del sueño, más frecuente insomnio (criterio 4)

Cambios psicomotores, enlentecimiento o agitación, estos deben ser lo bastante graves para poder ser observados por los demás y no representar una sensación únicamente subjetiva. (criterio 5)

Es habitual la falta de energía cansancio y la fatiga (criterio 6)

El sentimiento de inutilidad o culpa asociado a un episodio depresivo mayor, puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados (criterio 7)

Muchos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones (criterio 8)

En los sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria que puede ser tomada erróneamente como un signo de demencia (seudodemencia).

### **SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS**

Los sujetos con un episodio depresivo mayor, se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas ansiedad, fobias, preocupaciones excesivas por la salud física y quejas de dolor. (cefaleas, dolores articulares, abdominales.)

### **SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, LA EDAD Y EL SEXO.**

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión, si se tiene en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos.

La experiencia depresiva puede expresarse por la queja de "nervios" y cefaleas (en las culturas latinas y mediterránea), la debilidad, "cansancio o la falta de equilibrio" (culturas chinas y asiáticas) problemas del corazón (en las culturas del medio oriente o de estar acongojado " (entre los Hopi).

Las experiencias propias de una cultura (por ejemplo miedo a estar hechizado o embrujado, sensaciones de calor en la cabeza, sensación de hormigüeo). También es obligado que el clínico no reste importancia a un síntoma simplemente porque es visto como algo "general" en una cultura.

En los ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos.- La disminución de la autoestima es el síntoma cognoscitivo mas característico, en los ancianos tiende a ser sustituido por otras anomalías del pensamiento, como el pensamiento injustificado respecto al futuro. El anciano deprimido solo puede pronunciar frases como "no me queda mas que esperar" "es inútil que haga cualquier cosa, ya que dentro de unos meses estaré muerto". la rumiación de los problemas presentes y pasados es característica del anciano con depresión.

Curso.- los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. la duración de un episodio depresivo mayor es variable lo habitual es que un episodio no tratado dura 6 meses o mas independientemente de la edad de inicio.

En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido.

Solo 20 al 30 % persiste con síntomas depresivos que son insuficientes para cubrir los criterios de un episodio depresivo mayor.

## **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

### **Características diagnósticas.**

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor, es un curso clínico caracterizado por uno o mas episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos ,mixtos o hipomaniacos sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, no se tienen en cuenta los episodios de trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias, ni los trastornos debido a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofrenoide, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

### **ESPECIFICACIONES**

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para descubrir el episodio depresivo mayor actual o para el episodio depresivo mayor, actual " o para el episodio depresivo mayor mas reciente, si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor) leve, moderado, grave, sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión o parcial. en remisión total.

### **CRÓNICO.**

Síntomas y trastornos asociados.

con síntomas catatónicos

con síntomas melancólicos

con síntomas atípicos  
de inicio en el postparto.

### **CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS Y TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS.**

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastornos depresivos mayores, mueren por suicidio 15%, los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los mayores de 55 años se cuadruplica.

Los sujetos con trastorno depresivo mayor, ingresados a residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte, el primer año.

De los sujetos visitados en consulta de medicina general, los que presentan trastornos depresivos mayores, tienen mas dolor y mas enfermedades físicas y una deplorable actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor, puede ir precedido por un trastorno distínico (en un 10%. En estudios epidemiológicos se constató que en un 15 a 25 % en población clínica. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (trastornos relacionados con sustancias, trastornos de angustia, trastorno obsesivo, compulsivo , anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno limite de la personalidad ).

## **HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN Y ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS.**

El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas (de infarto al miocardio, Diabetes Mellitus, y accidente vascular cerebral).

Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es mas complejo y el pronóstico menos favorable.

El trastorno depresivo mayor (único o recidivante) , tanto en adolescentes como en adultos es 2 veces mas frecuente en mujeres que en varones.

En la edad prepuberal los hombres y mujeres , están afectados en la misma proporción, tanto hombres como mujeres, las tasas son mas altas en edades comprendidas de 25 a 44 años mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas mas bajas se dan en personas de mas de 65 años.

## **ASPECTOS BIOLÓGICOS**

El incremento de la incidencia y la prevalencia de la depresión en los ancianos puede estar relacionada parcialmente con cambios en su sistema nervioso central.. que se presentan con la edad. El envejecimiento puede traer consigo cambios en el genoma que pueden dar lugar a la síntesis de proteínas alteradas y la consecuente disminución en el metabolismo de la glucosa. (12)

La síntesis y el metabolismo de los neurotransmisores puede alterarse, conforme disminuye la actividad metabólica del cerebro, debido a que estos procesos son dependientes de energía .

Algunos estudios en los ancianos han encontrado concentraciones mas bajas en el cerebro de los neurotransmisores monoaminérgicos, como la serotonina, la dotamina, la norepinefrina y de sus metabolitos. Las bajas concentraciones de neurotransmisores que acompañan al envejecimiento normal , tiene 3 consecuencias: primero hay una degeneración del problema colinérgico, con el consecuente deterioro de la función cognoscitiva. Dichos cambios pueden afectar la memoria, la atención, la psicomotricidad y el proceso de percepción. Segundo , la disminución en la concentración de los neurotransmisores puede precipitar la inestabilidad emocional y agresión como consecuencia del deterioro de la función cognoscitiva. Tercero, la reducción de las catecolaminas produce depresión. .- se puede decir que el proceso de envejecimiento predispone a la depresión. ( 13 )

#### **CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD.**

El motivo por el cual acude a consulta el anciano deprimido no suele sugerir directamente depresión puede guardar relación con enfermedades físicas, dificultades en las relaciones familiares y sociales, insatisfacción por las circunstancias económicas. ( 14 )

#### **SÍNTOMAS EMOCIONALES**

Los síntomas emocionales de depresión son aquellos cambios en los sentimientos de la persona que acompañan a la depresión. ( 1 ) El descenso de la satisfacción de la vida es un síntoma emocional importante entre los pacientes deprimidos, la pérdida de interés por el medio, social , la desesperanza respecto al futuro, la impotencia. ( 11 )

### **SÍNTOMAS COGNOSCITIVOS**

Pensamientos injustificados respecto al futuro, rumiación de los problemas presentes y pasados, la dificultad para concentrarse y mala memoria, marcado deterioro intelectual, pensamientos suicidas, síntomas hipocondríacos. (11)

### **SIGNOS VOLITIVOS**

Consiste en impulsos y estímulos experimentados constantemente por un individuo. (1)(14)

El comienzo de la depresión, puede provocar cambios volitivos notables.- una característica del paciente deprimido es la regresión, muchos pacientes deprimidos, evitan las actividades más exigentes y se retraen a las que son menos, respecto al grado de responsabilidad o iniciativa que exigen. (1)(11)(14)

La depresión grave se acompaña frecuentemente por una parálisis completa de la voluntad que conduce a inmovilidad casi total. (11)

## INSTRUMENTOS DE DETECCION

Inventario de depresión de Beck, desarrollado en 1961 y revisado en 1978. tiene 21 items.

Escala de depresión auto-clasificatoria de Zung , tiene también 21 items.

Escala de depresión geriátrica la G:D:S: cubre áreas especialmente importantes para los adultos mayores, a saber: imagen de uno mismo, impotencia y pérdida de la D.G.S.. consiste en 30 items, en dicotomía (por ejemplo: "Si o no"), que pueden ser clasificados por el paciente o el médico puede leerse los , el puntaje se obtiene al sumar el número de respuestas que son típicas de la depresión, los puntajes, varían de 0 a 30, un puntaje de 11 tiene la mayor sensibilidad y especificidad para detectar la depresión en los adultos mayores Yesavage (1983) en un estudio mostró que la G.D.S. tiene una consistencia satisfactoria promediode ( $r=0.94$ ) y una prueba de confianza de ( $r=0.85$ ). la prueba G.D.S. resultó mejor que otras escalas en términos de sensibilidad (90% ) y especificidad del 80%. El G.D.S., cubre solo 6 de las 9 categorías de síntomas del D.S.M. -III-R, para síndrome depresivo severo y no cubre los 3 criterios de exclusión.

G.D.S. tiene una confiabilidad aceptable, discrimina entre sujetos normales, con depresión moderada o severa. Por lo general se puede administrar el G.D.S. en 10 a 15 minutos, a pesar de ciertas limitaciones, el G:D:S: es un instrumento de detección útil para depresión en las personas mayores y se lo debe considerar como una elección apropiada para la población mayor de 55 años. (1)(5)(14)

## **INSTRUMENTOS DE DEPRESIÓN ADICIONALES**

La escala de depresión del Centro de estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental (C E S - D)

La escala de clasificación de Carrol, para la depresión (C R S D) es una adaptación de la escala de clasificación de Hamilton para la depresión.

Inventario de depresión en niños (C.D.).

Tabla del estado mental geriátrico (G M S ) Copeland 1976

La escala de rango de depresión de Hamilton (H.D.R.S.) 1967

La escala de depresión de Montgomery

-Asberg (M A D R S ), Montgomery y Asberg 1979, depresión en jóvenes

La escala depresiva O A R S (ODS) Blazer 1980 <sup>(5)</sup>

## TRATAMIENTO

### MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DEPRIMIDO: OPCIONES TERAPÉUTICAS ACTUALES.

La depresión es probablemente la enfermedad psiquiátrica que afecta mas comúnmente a los ancianos, la literatura reporta que si es bien detectada y tratada existe mas del 60% de remisión de estos casos. ( 15 )

Uno de los primeros problemas que deben tomarse en cuenta es que varios medicamentos producen depresión como son : reserpina, alfa metil dopa, fenotiazinas, talio, vincristina. deben tomarse en cuenta enfermedades infecciosas, como sífilis terciaria, influenza, hepatitis viral, tuberculosis hipo e hipertoidismo, también problemas nutricionales como la pelagra, deficiencias de la vitamina B 12 . (11 )

### PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

Lupus eritematoso sistémico , esclerosis múltiple, enfermedad de parkinson, trauma encefálico, convulsiones complejas parciales , tumores cerebrales , estados iniciales de demencia, entre otras enfermedades .

Como hemos comentado anteriormente, mas del 50% de médicos generales y familiares que son los que ven la mayor población de enfermos , no reconoce la depresión y cuando la diagnostica, no tiene conocimientos adecuados para utilizar un antidepresivo, ya que desconoce sus mecanismos de acción, y contraindicaciones, y cuales serian los antidepresivos idóneos para cada paciente tomando en cuenta su estado físico . ( 15 )

Antes de iniciar un tratamiento los pacientes y sus familiares deben estar bien informados sobre la enfermedad que presenta su familiar y comprendan la importancia de darle apoyo durante el tratamiento. (6)

La familia debe estar consciente también de la duración del tratamiento y de sus posibles efectos secundarios y debe preguntárseles acerca de las circunstancias que rodean al paciente que puedan tener impacto sobre la terapia. (6)

Existen 3 enfoques principales utilizados en el manejo de la depresión, la Psicoterapia, la terapia farmacológica y la terapia electroconvulsiva. (15)

### PSICOTERAPIA

El médico Familiar puede y debe jugar un papel de apoyo en el tratamiento del paciente deprimido. La psicoterapia puede darse de manera informal demostrando interés, ofreciendo ánimo y dando seguridad al paciente de que su condición es curable. (15)

Los pacientes ancianos aceptan mejor las terapias cognoscitivas y conductual, que las terapias más tradicionales, posiblemente debido a que su duración es limitada e implica una interacción con el psicoterapeuta.

## TERAPIA FARMACOLÓGICA

Los antidepresivos más utilizados como tratamiento farmacológico, son antidepresivos tricíclicos (por ejemplo imipramina) tienen una respuesta del 62% de eficacia a diferencia del placebo, las concentraciones elevadas pueden producir empeoramiento del estado mental delirio y caídas, lesiones físicas. Esta elevación de concentraciones se debe a que son metabolizadas por el riñón, pero el nivel de filtración glomerular y el flujo renal de la sangre están disminuidos por lo que deben ajustarse las dosis. ( 16 )

### IMAO

Son antidepresivos eficaces especialmente para ciertos subgrupos de pacientes ( fenelzina y tranilcipromina), algunos autores refieren que este medicamento responde bien a depresiones atípicas, estos antidepresivos se asocian a incremento de apetito, aumento de peso, hiperinsomnia, ansiedad en general. Además los pacientes que consumen ciertos alimentos que contienen tiramina ( algunos quesos, cervezas, vino rojo, pescado conservado o viejo o carnes seleccionadas), junto con IMAO, pueden experimentar crisis de hipertensión severa. ( 16 )

### **INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE LA SEROTONINA.**

Han probado ser una adición valiosa en el campo de los antidepresivos , estos fármacos ( fluoxetina, paroxetina, sertralina), son relativamente específicos para el bloqueo de la recaptura de la serotonina, sin afectar mayormente a otros mecanismos de recaptura y receptores así como de enzimas. además son mayor tolerados y poseen un índice terapéutico mas amplio que los triciclicos y los IMAO .

Los pacientes tratados con un ISRS tienen un mayor índice de náusea vómito, diarrea e insomnio que los tratados con placebos ( 16)

### **TERAPIA ELECTROCONVULSIVA**

Se ha demostrado que la terapia electroconvulsiva es un tratamiento seguro y eficaz ( aunque no de manera uniforme), para el tratamiento del paciente anciano deprimido el uso de electrocardiograma, electroencefalograma y el uso de manómetro de tensión para el monitoreo de la respiración , han reducido la incidencia de los efectos secundarios .

Debido a que después de la terapia electroconvulsivante se pueden desarrollar problemas con la memoria, esta terapia debe reservarse para pacientes potencialmente suicidas, para aquellos que han sido refractarios a otro tipo de terapias, o para los que presentan condiciones médicas que impiden el tratamiento con antidepresivos. ( 6 )

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿ Será realmente la depresión una de las principales causas de enfermedad en los pacientes de la tercera edad?

Dentro del estudio se investigaron, además de la aplicación del G. D. D., sexo, edad, estado civil, escolaridad, lugar en donde vive y con quien habita, con la finalidad de conocer los factores condicionantes de la depresión y si alguno de ellos inside mas que otro. Ya que se conoce que en países desarrollados el sexo femenino predomina sobre el masculino en la presentación de la enfermedad, en cuanto a la edad no existe predominio alguno posterior a los sesenta años, pero si se habla del estado civil pues se ha encontrado que la mayoría de los casos de depresión se encontraron en personas que habitan algún asilo o viven solas en su hogar. Respecto a la escolaridad en la literatura se encontró que: A menos instrucción formal mas casos de depresión se encontraron.

## JUSTIFICACIÓN.

La cada vez más creciente población geriátrica en nuestro país por aumento de la esperanza de vida y la alta demanda de consulta médica que estos pacientes generan en el primer nivel de atención, se está convirtiendo en un verdadero problema de salud pública. <sup>(16)</sup>

Los trastornos mentales en este grupo de edad, vienen ganando terreno, entre ellos la depresión, ya que su magnitud ha llegado a encontrarse dentro de las diez principales causas de mortalidad. <sup>(8)</sup>

En México se carece de estudios sobre depresión, específicamente en pacientes de la llamada tercera edad, lo que hace necesario más investigaciones y un nuevo enfoque dirigido hacia estos pacientes <sup>(16)</sup>

### FACTIBILIDAD:

Al ser diagnosticada la depresión tempranamente, evitará el costo elevado de exámenes de laboratorio y gabinete, así como el manejo especializado y las horas -médico utilizados, lo que redundaría en la disminución del costo de la atención y de las enfermedades con concomitantes que de la depresión se desprenden. <sup>(17)</sup>

### TRASCENDENCIA:

Por lo que se considera que el médico familiar deberá tener los conocimientos básicos de geriatría y de los trastornos mentales, para poder detectar la depresión tempranamente utilizando los instrumentos idóneos para llegar al diagnóstico correcto y así poder otorgar un servicio adecuado y de calidad a la población geronte <sup>(2)</sup>

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la prevalencia de la depresión en la tercera edad en el Consultorio No. 3 de la Clínica Santa María del ISSSTE . turno vespertino.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Conocer la prevalencia de la depresión en la población de 60 años y más que acude a consulta externa de la Clínica Santa María del ISSSTE.. consultorio 3 turno vespertino.
- 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 el estado civil
- e) identificar los principales signos y síntomas de depresión en este grupo de población
- f) Conocer la relación en la depresión . por su escolaridad.
- g) Conocer la relación de la depresión, por el lugar donde habita.

## **METODOLOGÍA**

**Tipo de estudio.**- Observacional, descriptivo y transversal.

**Población, lugar y tiempo.**-La Población de estudio la constituyen pacientes de sesenta años y mas de ambos sexos, que asisten a consulta externa en la Clínica de Medicina Familiar "SANTA MARIA" del I.S.S.S.T.E., en la zona Norte del D.F. Exclusivamente en el consultorio número tres del turno vespertino, durante el período comprendido de enero a junio de 1998 (seis meses).

**Tipo de muestra y tamaño.**- Muestra probabilística al azar, se numeraron expedientes de los pacientes que asisten regularmente a consultas de sesenta años y mas, escogiendose solo aquellos numerados en la tabla de números al azar.

**Tamaño de la muestra.**- Setenta y cinco pacientes

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- I.pacientes mayores de 60 años o más .
- II.ambos sexos
- III.primera vez y subsecuentes
- IV.Derechohabientes del ISSSTE, pertenecientes a la Clínica Santa María.
- V.que asistan a consulta por cualquier motivo.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- I. Consumo de tratamiento antidepresivo.
- II. Consumo de alcohol en forma crónica
- III. Consumo de drogas como: alfametidopa, clonidina, propranolol, diuréticos, tiazídicos, furosemide, barbitúricos, benzodizepinas, sedantes hipnóticos, agentes antipsicóticos, anfetaminas, inhibidores de la IMAO.
- IV. Que padezcan parkinson, síndrome de cushing o demencia.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- a) Paciente que no sea derechohabiente del ISSSTE.
- b) Pacientes menores de 60 años.
- c) Pacientes con demencia y/o diagnóstico de depresión
- d) Que no deseen participar.

### **PLANES PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El instrumento que se utilizará para captar la información del presente estudio, como ya se había mencionado, se trata de la escala geriátrica GDS, que tiene por objeto detectar la presencia de depresión en el grupo de estudio. Esta escala fue diseñada por el Dr. Jerome Yesavage, en 1983, y es una escala de clasificación para detectar la depresión en pacientes mayores de 55 años de edad.

La GDS , cubre áreas especialmente importantes, para los adultos mayores, a saber: imagen de uno mismo, importancia y pérdida . La GDS, consiste en 30 items en dicotomía (por ejemplo ("si o no"), que pueden ser clasificados por el paciente, o el médico puede leerlos al paciente. los puntajes varían de 10 a 30., un puntaje límite de 11 tiene la mayor sensibilidad y especificidad, para detectar la depresión en adultos mayores de 55 años, Las pautas para la interpretación de los puntajes son: 0 a 10 es normal, de 11 a 20 representa una depresión leve, de 21 a 30, indica una depresión moderada a severa. ( 14 )

Así mismo se llenará una ficha de identificación, donde pondremos un número de expediente ( es el registro federal de causantes) edad, sexo, estado civil, en que lugar habita, así como observaciones donde preguntaremos actividades recreativas, y ejercicio físico y si pertenecen a grupos de la tercera edad.

Una vez obtenida la información, sabremos la prevalencia de la depresión en este grupo de estudio, así como la relación que existe entre la depresión , el sexo , la edad, estado civil , escolaridad y lugar que habita.

### **PLANES PARA LA PRESENTACIÓN Y EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

La información se recolecta en tarjetas simples, se palotea con frecuencia de variables , los datos se ordenan por intervalos de clases y la presentación se realiza en cuadros y en gráficas para analizar los datos posteriormente y elaborar resultados y conclusiones del presente estudio.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables que se utilizaron en el presente estudio son:

- 1.- Depresión.-Cualitativa ordinal. Una de las reacciones psicopatológicas mas frecuentes, se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo, en tanto se pierde interés en las situaciones externas. también es la respuesta a la pérdida de un objeto o relación valiosa para el individuo.
- 2.- Persona de la tercera edad.- Cualitativa discreta. Toda persona mayor de 60 años, que está expuesta a cambios psicológicos, sociales y económicos, que lo hacen mas susceptible a enfermedades y que concluye invariablemente con la muerte.
- 3.- Sexo.-Cualitativa nominal. Es la condición orgánica que distingue a las personas en hombres o mujeres.
- 4.- Estado civil.- Cualitativa nominal. Situación legal y costumbres matrimoniales del país.
- 5.- Motivo de la consulta.- Cualitativa nominal necesidad de las personas para acudir a servicios de salud en busca de ayuda médica profesional.
- 6.- Magnitud de la depresión.-Cualitativa nominal. Clasificación de la depresión de acuerdo al reporte de cuestionarios para la detección (escala geriátrica de depresión), o referencia del DMS-IV.
- 7.- Casa habitación.-Cualitativa nominal. Tipo de construcción en donde se vive. solo o acompañado.

8.- Escolaridad.- Cualitativa nominal. Número de años que estudia una persona para que pueda obtener conocimientos y un grado académico que lo capacite para realizar un oficio o profesión.

9.- Actividades recreativas.- Cualitativa nominal. Toda aquella actividad que realizan las personas para mejorar su calidad de vida, en relación a la correlación con los seres humanos. estas pueden ser: deportivas, artísticas, intelectuales, sociales o religiosas.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Se proporcionó al paciente la información necesaria por la que se esta llevando a cabo la investigación, misma que es recabada solo con fines de conocimientos, sin repercusión en los hábitos y costumbres del paciente, considerandose la confidencialidad de la información recabada. Por lo que se considera sin riesgo alguna para el paciente.

## RESULTADOS

De acuerdo a nuestra muestra, se realizaron en total 75 encuestas completas a 75 pacientes que acudieron a consulta en el período comprendido de enero a junio de 1998, todos ellos mayores de 60 años, de los cuales el 76.1% correspondieron al sexo femenino y el 23.4% al sexo masculino.

Posteriormente se clasificaron los resultados en pacientes sin depresión, pacientes con depresión leve y pacientes con depresión grave., De lo cual se obtuvo que del total de pacientes el 65.3% no presentó depresión, el 30.6% depresión leve y el 4.1% depresión grave, siendo el menos afectado el sexo masculino, ya que solo el 6.6% presentó depresión leve y no hubo casos de depresión grave.

Respecto al estado civil al momento de realizar la encuesta, se encontró que el grupo de viudos fueron los mas afectados presentando depresión leve el 16% y el 2.7% depresión grave del total de pacientes. En orden de importancia siguieron los casados, con el 9.3% y 1.3% que presentaron depresión grave y depresión leve, respectivamente.

En cuanto a su escolaridad, se pudo observar que los pacientes con nivel de secundaria fueron los mas afectados, siendo el 12% de pacientes los que presentaron depresión leve y el 2.7% depresión grave.

Los grupos de edad más afectados , fueron de 60 a 64 años con un 10.7% y 8% respectivamente para depresión leve y grave, seguido por el grupo de 70 a 74 años con un 8% de depresión leve y 1.3% depresión grave.

Otra de las variables manejadas fue el lugar donde habita el paciente, siendo los pacientes que habitan con sus familiares donde se presentaron los porcentajes mas elevados, presentandose el 14.7% de depresión leve y el 1.3% de depresión grave.

Se analizaron las encuestas de los 26 pacientes con algún grado de depresión y de las 30 preguntas del cuestionario , se encontró que las 10 mas frecuentemente contestadas y que marcaron patologia de depresión son:

- 1.-El 76.9 % prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas.
- 2.- El 73% ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses.
- 3.- Prefiere evitar reuniones sociales 73%
- 4.- Disminución de energía 69.2 %
- 5.- Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas 69.2 %
- 6.- Tiene miedo de que algo malo le esté pasando. 65.4 %
- 7.- Frecuentemente está preocupado por el futuro 61.5 %
- 8.- Frecuentemente tiene ganas de llorar 57.7 %
- 9.- Se siente a menudo desanimado y melancólico 57.7 %
- 10.- Encuentra que tiene mas problemas de memoria que la mayoría de la gente 57.7 %

Las cinco principales causas de enfermedad en los 26 pacientes deprimidos y que motivaron la consulta en orden de frecuencia son:

- 1.- Hipertensión arterial

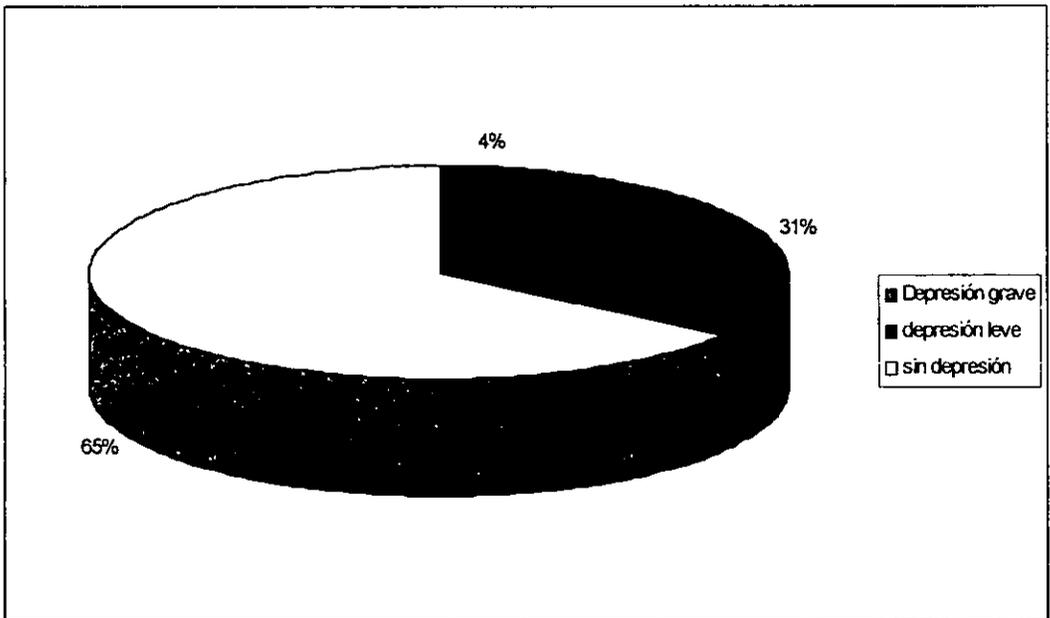
2.- Enfermedad articular degenerativa.

3.- Enfermedad ácido péptica

4.- Diabetes mellitus

5.- Asma bronquial.

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD  
EN LA C.M. SANTA MARIA, TURNO VESPERTINO CONSULTORIO 3  
ENERO-JUNIO DE 1998



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

FRECUENCIA POR SEXO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES

MAYORES DE 60 AÑOS

EN LA C.M. SANTA. MARÍA

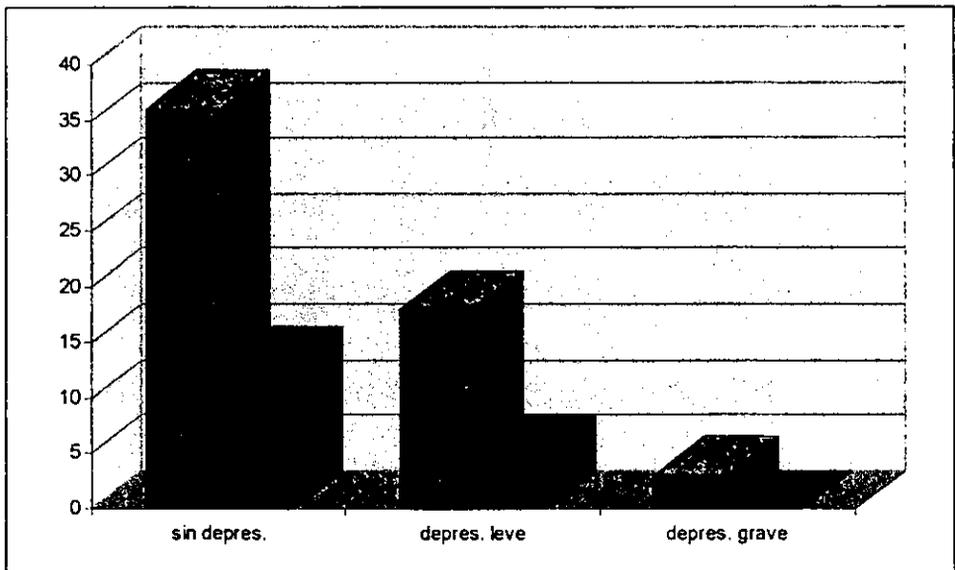
ENERO-JUNIO DE 1998.

DEPRESION

sexo/grad.	No depre.	%	leve	%	grave	%	total	%
femenino	36	48	18	24	3	4,1	57	76
masculino	13	17,3	5	6,6	0	0	18	24
total	49	65,3	23	30,6	3	4,1	75	100

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

FRECUENCIA POR SEXO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
MAYORES DE 60 AÑOS  
EN LA C.M. SANTA. MARÍA  
ENERO – JUNIO DE 1998.



□ femenino  
■ masculino

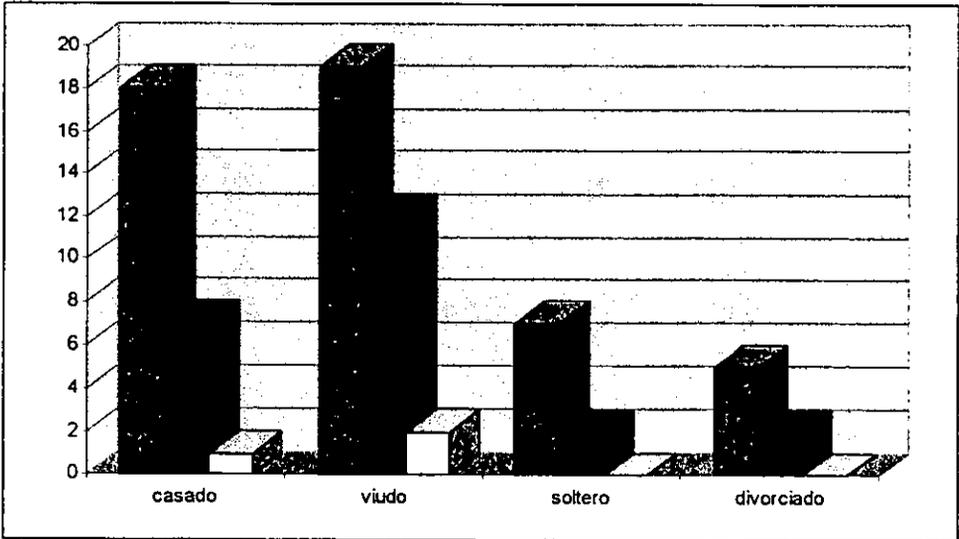
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS  
 DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL  
 EN LA C. M. SANTA. MARÍA  
 ENERO-JUNIO DE 1998.

Estado civil/tipo	no depre	%	leve	%	grave	%	total	%
casado	18	24	7	9,3	1	1,3	26	34,6
viudo	19	25,3	12	16	2	2,7	33	44
soltero	7	9,3	2	2,7	0	0	9	12
divorciado	5	6,7	2	2,7	0	0	7	9,4
total	49	65,3	23	30,7	3	4	75	100

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
MAYORES DE 60 AÑOS  
DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL  
EN LA C.M. SANTA MARÍA  
ENERO - JUNIO DE 1998



- sin depresión
- depresión leve
- depresión grave

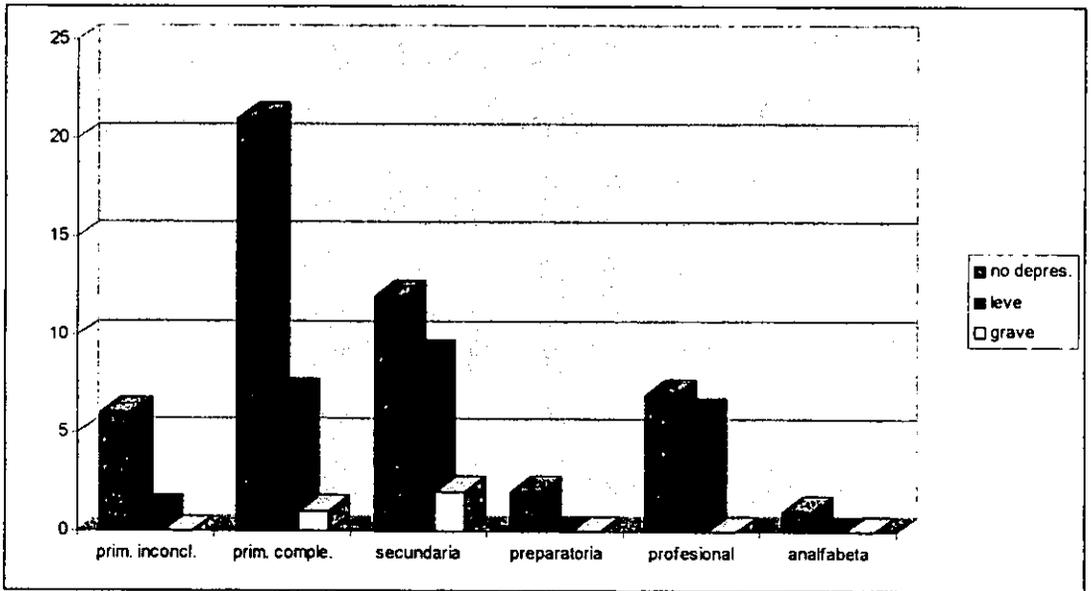
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD  
 EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS  
 EN LA C. M. SANTA. MARÍA  
 ENERO-JUNIO DE 1998

Escolaridad/tipo	no depres.	%	leve	%	grave	%	total	%
prim. inconcl.	6	8	1	1,3	0	0	7	9,3
prim. comple.	21	28	7	9,3	1	1,3	29	38,7
secundaria	12	16	9	12	2	2,7	23	30,7
preparatoria	2	2,7	0	0	0	0	2	2,7
profesional	7	9,3	6	8	0	0	13	17,3
analfabeta	1	1,3	0	0	0	0	1	1,3
total	49	65,3	23	30,7	3	4	75	100

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD EN  
PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS  
EN LA C. SANTA. MARÍA  
ENERO-JUNIO DE 1998.



Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

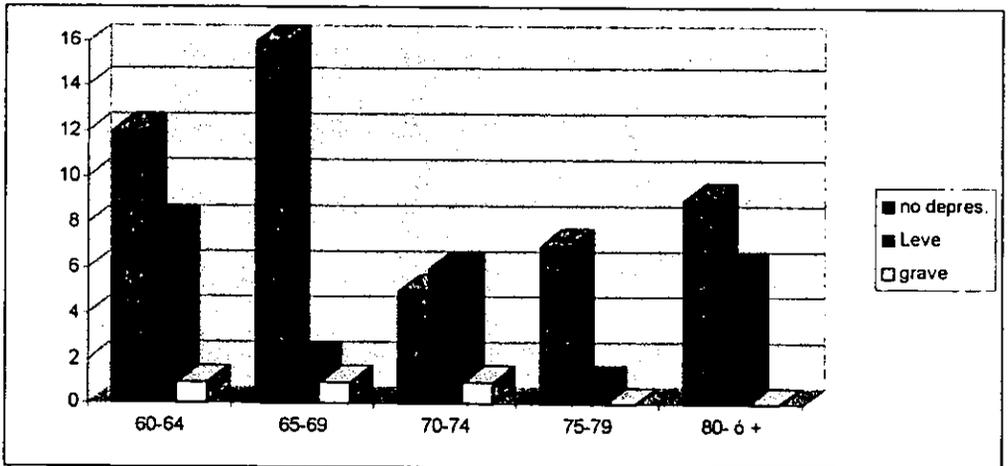
FRECUCENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD  
 EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS  
 EN LA C. M. SANTA MARÍA  
 ENERO-JUNIO DE 1998

DEPRESIÓN

Grupo- edad/Tipo	no depres.	%	Leve	%	grave	%	total	%
60-64	12	16	8	10,7	1	1,3	21	28
65-69	16	21,3	2	2,7	1	1,3	19	25,3
70-74	5	6,7	6	8	1	1,3	12	16
75-79	7	9,3	1	1,3	0	0	8	10,7
80- ó +	9	12	6	8	0	0	15	20
total	49	65,3	23	30,7	3	4	75	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD  
EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS  
EN LA C. M. SANTA. MARÍA  
ENERO A JUNIO DE 1998



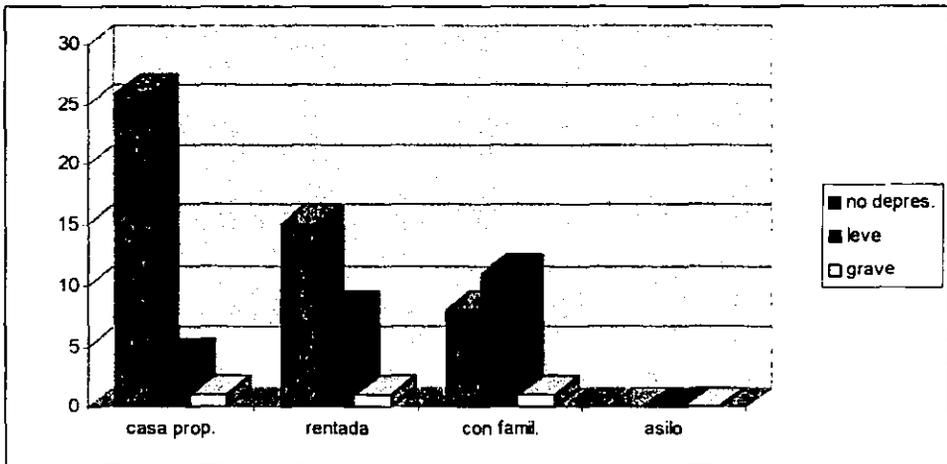
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN LUGAR DONDE  
RESIDE EL PACIENTE  
EN LA C. M. SANTA. MARÍA  
ENERO-JUNIO DE 1998

Lugar/Tipo	no depres.	%	leve	%	grave	%	total	%
casa prop.	26	34,7	4	5,3	1	1,3	31	41,3
rentada	15	20	8	10,7	1	1,3	24	32
con famil.	8	10,6	11	14,7	1	1,3	20	26,7
asilo	0	0	0	0	0	0	0	0
total	49	65,3	23	30,7	3	3,9	75	100

Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN EL LUGAR  
DONDE RESIDE EL PACIENTE  
EN LA C. SANTA. MARÍA  
ENERO-JUNIO DE 1998



Fuente: Instrumento de recolección de Datos.

## DISCUSION

Al revisar los estudios hechos a nivel mundial, la prevalencia de la depresión puede ser de 5.4 % según estudios realizados en comunidades chinas y japonesas, por los doctores Kua Heokm Yoshio Mino. Ko soo Meng, hasta un 30 o 40 % en investigaciones hechas por Cornelius Katona en E.U., en el que también han sido estudiados los ancianos que viven en asilos y el reporte de prevalencia fue del 20 %, según Jerome Yesavage, y en pacientes hospitalizados, los reportes son del 19 al 45 %, y un 13 % esta asociada al alcoholismo y un 10% de los ancianos que se suicidan, mismos que siempre presentaban patología depresiva. (18 ) (19 ) ( 20 )

De acuerdo a la revisión de resultados, encontramos que el sexo femenino es el más afectado , en la revisión bibliográfica encontramos que los siguientes factores las hacen mas vulnerables: ( 21 ) ( 22 )

( 23 )

- a) la baja escolaridad
- b) no tienen independencia económica
- c) tienen trabajos poco remunerados,
- d) estresores de la vida diaria.
- e) baja de ánimo

Las mujeres son las que más asisten a consulta y cuidan más de su salud física y mental, es por ello que en casi todas las muestras de estudio, el sexo femenino predomina. (31, 34, 35, 29, 18, 38, 9).

Es aspecto relevante la revisión de la edad, se ha visto que las personas de la tercera edad disminuyen sus actividades, ya sea porque están jubilados, o si están trabajando, no son tomados en cuenta para promociones o puestos de mando, o simplemente no encuentran trabajo por no tener la edad requerida.

En el grupo estudiado encontramos que el grupo de 60 a 64 años son los que tienen más prevalencia de depresión, diagnóstico que concuerda con los estudios publicados por Pineda, (17) donde reporta que de acuerdo a estudios epidemiológicos, aproximadamente entre los 60 y 70 años de edad el ser humano duplica la prevalencia de depresiones, causa que se encuentra relacionada con los Síndromes orgánicos cerebrales. (12)(13) Beckman en Amsterdam encuentra que en las edades comprendidas entre los 55 y 64 años, la prevalencia es de hasta un 32%, luego ésta disminuye y posteriormente a los 75 años se incrementa. (21)

Dentro de los signos y síntomas encontramos, que los pacientes de la tercera edad con más frecuencia tienen dificultades para socializar, (24) ya sea por la falta de interés, de energía, o porque evitan las reuniones y desean permanecer en su casa, también porque están desanimados, melancólicos, tienen falta de energía y han renunciado a muchas actividades, por enfermedad o porque están jubilados o porque han perdido a su cónyuge, siendo todos estos puntos causa de una patología de depresión.

como se ha reportado en varios estudios practicados con los diferentes instrumentos de detección, que nos indican esta problemática en éste tipo de pacientes. ( 25 )

Un signo que no está ubicado dentro de los primeros 5 lugares, pero que por su alta presentación, merece hacerse notar, es la pérdida de la memoria, que estuvo presente en 15 de los 26 pacientes deprimidos. (16)(11)(14)

Los estudios de James W Wenigest en E.U.A. nos dan a conocer la asociación que tiene el envejecimiento del cerebro con la pérdida de la memoria y con la depresión. todo esto está apoyando de alguna manera por Martin Blanchard en Londres quien nos da a conocer en su estudio, que el envejecimiento produce alteraciones en los neurotransmisores cerebrales. ( 13 )

Los factores de riesgo para la aparición de la patología depresiva, además de la edad, el sexo, lo es el estado civil. Los viudos en un 18,7 % , (encontrado en mi estudio), fue el índice más elevado, en relación a los otros, esto concuerda con estudios realizados en E.U.A. por Katoma, Blazer, Mendels y el DSM -IV , que refieren que la pérdida de un ser querido causa tristeza, pero si ésta además es la persona con la que comparten casa, hijos, actividades sociales y proporciona apoyo y afecto, puede ocasionar una tristeza mayor, que puede convertirse en depresión. ( 9 ) ( 14 ) ( 11 ) ( 26 )

Otros factores no tan importantes, como factores de riesgo: son la escolaridad, ya que la literatura nos reporta que a pocos años de estudios ( menos de 11 años ), mas riesgo de tener la presencia de una

patología depresiva, porque la escasa escolaridad, esta asociada al desempleo y a tener empleos menos remunerados , con lo que se pudiese tener una mejor calidad de vida. ( 21 ) ( 22 )

D.J.H. D E E G encuentra que el 45 % de los deprimidos que tenían solo 11 años de estudio a los mas. 19 .- Kua e Heok. en una comunidad china . correlacionó que menos de 6 años de estudio . provocan un aumento de depresión. ( 27 )

Se encontró que los que viven con familiares , son los que presentan la prevalencia mas alta de depresión, es posible que esto sea porque de los 26 pacientes deprimidos . 18 viven con familiares y únicamente 8 de ellos viven solos. ( 27 )

La familia como apoyo al paciente de la tercera edad, es muy importante, porque se le puede dar afecto, respeto de su tiempo y de su espacio, con lo que él se puede sentir satisfecho al trasmitir sus experiencias y enseñanzas. Koo Soo Meng explica, que los chinos presentan menos patología depresiva 5.4%. porque los chinos son mas respetuosos de sus enseñanzas religiosas.- ( 27 ) Mino y Aoyama Han Froom, encontraron en Japón 5.8 % de casos de depresión mayor y 7.2 % de depresión menor , en personas que viven acompañados o solos respectivamente. ( 18 )

## CONCLUSIONES

De los 75 pacientes encuestados , que cubrieron todos los requisitos de inclusión para el presente estudio, en 26 de los ellos , se detectó patología depresiva, misma que no había sido causa de consulta con anterioridad.

De la población estudiada, el sexo femenino predominó en el total de pacientes entrevistados con prevalencia de depresión, confirmando por una parte; que la mujer es la que acude mas regularmente a consulta, en tanto el hombre lo hace en contadas ocasiones y por otra parte, queda asentado, que en la mujer en la etapa adulta, se acrecentan los factores de riesgo, que comunmente, pueden desencadenar una depresión. ( 23 )( 28 )

En la trayectoria del estudio, se pudo comprobar que entre mas sensible es el instrumento para la detección de depresión, se incrementa en número de población, con esta patología . La prevalencia encontrada fue de un 30.6 %, para la depresión leve y un 4.1 para la depresión grave, los grupos etarios mas afectados fueron de 60 a 64 años y de 70 a 74 años. ( 5 )( 14 )( 17 )( 25 )

Dentro de los factores predisponentes, se encontró; que la pérdida del conyuge, influye directamente sobre la aparición de depresión, ya que va aunado a la pérdida del apoyo afectivo y a la soledad, además de que la situación económica se ve deteriorada. ( 23 )( 25 )( 29 )

Las enfermedades crónico depresivas degenerativas, fluyen en estos pacientes, tanto para acrecentar su sintomatología, o como coadyuvante en la presencia de depresión. ( 21 )( 23 )( 27 )( 29 )

Otros factores estudiados, no presentaron relevancia estadística, para ser considerados como factores de riesgo. Tal es el caso de la escolaridad, ya que no existió diferencia significativa, entre los que habían recibido una educación formal superior y los que carecieron de la misma.

En base a lo anterior, la depresión aparece cuando se conjuntan una serie de factores condicionantes, en cierta etapa de la vida, por lo que, es obligación del médico familiar detectar en su inicio y conocer los factores que la están condicionando, toda vez que se conocen los instrumentos idóneos para su detección, así como el constante conocimiento actualizado de la enfermedad, para así poder realizar una prevención , tratamiento y control e integrar al paciente o en su defecto tener el conocimiento, para canalizarlo adecuadamente, con lo que se evitarían gastos superfluos, en las diferentes especialidades y el retraso de un tratamiento. ( 30 )

El realizar estudios sobre un tema de interes actual como es la Geriatria, es importante, pero mas si este se relaciona con transtornos emocionales, principalmente la depresión que en nuestro país no tiene la importantancia que tiene a nivel mundial, sobre todo en paises llamados del primer mundo, donde se estan enfrentando en este momento al reto de atención de pacientes de la tercera edad, y en donde han visto que la depresión puede prevenirse y tratarse para así, no aumentar el costo de gastos médicos del paciente, así como su estancia en hospitales o aumentar la intensidad de los padecimientos.

El realizar esta investigación me deja grandes satisfacciones. primero por el mayor acercamiento con mis pacientes, conocer sus sentimientos, angustias, problemas con que se enfrenta en la vida en segundo lugar la oportunidad de estudiar sobre el tema de Geriatria y depresión y lo que se ha estudiado a nivel mundial y tercero que al terminé de mi estudio coincido con investigaciones mundiales y darnos cuenta que los factores de riesgo son los mismos y que en nuestras manos esta el de detectarlos y prevenirlos.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1.- Blazer dan. Síndromes depresivos en geriatría. Ediciones doymd. Duke university medical center  
Durham Carolina del norte, 1998.
- 2.- Mold j mehr d. The importance Of geriatrics to family medicine. Family medicine. 1995;27:234-  
241.
- 3.- INEGI. Onceavo censo general de población y vivienda. México 1990.
- 4.- Anuario de información epidemiologica. I.S.S.S.T.E. 1995
- 5.- Kavan M. Detección de la depresión; el uso de cuestionarios para pacientes. Revista Internacional  
de medicina familiar. 1991;2:84-89
- 6.- Cleghorn B. Depresión; suicidio en Enfermedades mentales. Manual Moderno. E.U. 1991
- 7.- Coni N. Davison W. Medicina geriatrica. Manual Moderno. México. D.F. 1990
- 8.- Pecheur R, Padilla P. Desordenes mentales en la práctica de la medicina general y familiar. Revista  
Internacional de Medicina familiar. 1985;3:28-32.

- 9.- Mendels J: Nuevas aportaciones relacionadas con la enfermedad depresiva. The American Journal of Medicine. 1993;94:5-15
- 10.- Droge J. Physicians Knowledge of geriatric mental Health Issues. Family medicine 1992;24:158-160.
- 11.- DSM IV. Clasificación de la enfermedades mentales. Editorial medica panamericana 1997.
- 12.- Davise James W. Teorias químicas de la depresión. Mundo médico. 1992:11-24
- 13.- Blanchard M. old ege depression-a biological inevitavillity ?. International review of psychiatry. 1996;8:379-385.
- 14.- Katona C. Clinical features of depression in old edge. en: depression in old age. Ediciones Doyma. 1995
- 15.- Mendels J. Nuevas aportaciones relacionadas con Enfermedades depresivas: Diagnostico y tratamiento en el paciente geriatrico. The american Journal of medicine. 1993; 94:5-25
- 16.- Stokes P. Una perspectiva de atención primaria para el manejo de la depresión. J. Clin Psychiatry, 1993; 54:(supl).

- 17.- Pineda J. Signos, síntomas y frecuencia de la depresión en el anciano. (tesina) (México D.F.):  
Centro de Salud comunitario "Portales". Secretaria de Salud. 1988.
  
- 18.- Froom J. Aoyama H. Depressive disorders in Primary care populations: United States,  
Israel, Japón. Family practice. 1995;12:274-277.
  
- 19.- Mino y Dayand H. Depressive disorders in Japanese Primary care patients. Family practice.  
1994;11:363-367.
  
- 20.- Farrenqher B. Screening for depression in hospitalised elderly medical patients. Irish Journal of  
psychological medicine. 1996;13(4):144-146.
  
- 21.- Beckman D, Limbeck K, Criterion Validity of the Center Epidemilogic Studies Depression Scale.  
Psychological Medicine. 1997; 27:231-235
  
- 22.- Abas M. and Broadhead J. Depression and Anxiety Among Women in a Urban Setting  
inzimbawe. Psychological Medicine, 1997;27:59-71.
  
- 23.- Almeida O. Forlenza O. Psychiatric Morbidity among the Ederly in a Primary care Setting  
Report from Survey in Sao Paulo, Brazil. International Journal of Geriatric Psychiatry.  
1997;12:728-736

- 24.- Henderson A.S. Jorm A.F. Some Contributions to the Epidemiology of Demetia and Depression. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1997;12:145-154.
- 25.- Husaini B. Predictor of Depression Among the elderly: Racil Differences over Time. American Journal Orthopsychiatric Association, 1997;67(1):48-56
- 26.- Balwin R. Tomemson B. Depression in Later Life, a Comparison of Symptoms and Risk Factors in Early and Late Onsent Cases. Brithis Journal of Psychiatry, 1995;167:649-652.
- 27.- Heok K. Meng K. Comorbidity of Depression in the Elderly.-and Epidemiological Study in a chinese Community. International journal of geriatric Phychiatry. 1996;11:699-704.
- 28.- Mullan E. Orell M. Early Life Experience in Elderly Women With a History of Depression. Irish Journal of Psychological medicine, 1996;13:18-20.
- 29.- Holroyd S. Duryes J. Differences in Geriatric Psychiatry Outpatients with early- vs - late Onsent .....epression National Journal of geriatric Psychiatry, 1997;12:1100-1106.
- 30.- From J. and Hermoni D. The inventory to diagnose depression in primary care patients. Family Practice 1993;10:312-315
- 31.- Doetch T. Detectig depression in elderly outpatints. Family practice,1994;26:519-523

- 32.- Cooper S. Epidemiology of psychiatric disorders in elderly. *British Journal of psychiatry*. 1997;170:375-380.
- 33.- Copeland J. Prevalence of dementia and depression among elderly people in black and ethnic minorities. 197;171:269-273.
- 34.- Brotman S. Are physicians meeting the needs of family caregivers of the frail elderly. *Canadian Family physicians*. 1994;40:679-684.
- 35.- Pond D. General practitioner diagnosis of depression and dementia in the elderly. *Family practice* 1994;11:141-145.
- 36.- Narro J. La enseñanza de la Geriatria en la medicina familiar. *Revista Internacional de Medicina familiar*. 1982;1:32-36.
- 37.- Marwijk H, Hoeksema H. Prevalence of Depressive Symptoms and Depressive disorder in Primary care Patients Over 65 year of ege. *Family practice*. 1994;11:81-84.

## Anexo 1

**ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA**  
(J. A. Yesavage, st. al. 1983)

SI    NO

- 1.- ¿ Está básicamente satisfecho de su vida?.....
- 2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades interéres? .....
- 3.- ¿Siente que su vida está vacía?.....
- 4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido ? .....
- 5.- ¿Tiene esperanzas en el futuro? .....
- 6.- ¿Tiene malestar, mareo, por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?.....
- 7.- ¿Tiene a menudo buenos ánimos ? .....
- 8.- ¿Tiene miedo de que algo malo le está pasando? .....
- 9.- ¿Se siente feliz muchas veces ? .....
- 10.- ¿Se siente a menudo abandonado? .....
- 11.- ¿Está a menudo intranquilo e inquieto? .....
- 12.- ¿Prefiere quedarse en casa, que acaso salir y hacer cosas nuevas? .....
- 13.- ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro? .....
- 14.- ¿Encuentra que tiene mas problemas de memoria que la mayoría de la gente? .....
- 15.- ¿Piensa que es maravilloso vivir? .....
- 16.- ¿Se siente bastante inútil en el medio que está? .....
- 18.- ¿Está muy preocupado por el pasado? .....
- 19.- ¿Encuentra la vida muy estimulante? .....
- 20.- ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos? .....
- 21.- ¿Se siente lleno de energía? .....
- 22.- ¿Siente que su situación es desesperada? .....
- 23.- ¿Creé que mucha gente está mejor que usted? .....
- 24.- ¿Se siente usted muy nervioso por cosas pequeñas.....
- 25.- ¿Frecuentemente tiene ganas de llorar? .....
- 26.- ¿Tiene problemas para concentrarse? .....
- 27.- ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse? .....
- 28.- ¿Prefiere evitar las reuniones sociales? .....
- 29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones? .....
- 30.- ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar? .....

SUMA  
Puntuaje total:

ESCALA :        10 NORMAL  
                  11 DEPRESION

APLICO :

## ANEXO 2

## CEDULA ENTREVISTA

1.- NOMBRE \_\_\_\_\_

2.- EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS.

3.- SEXO

- masculino  
 Femenino

4.- ESTADO CIVIL

- Soltero  
 Casado  
 Viudo  
 Divorciado  
 Unión Libre

5.- ¿Con quién vive?

- Familiares  
 Solo  
 Asilo

6.- ¿Hasta que año estudió?

- Analfabeta  
 Primaria  
 Secundaria  
 Preparatoria o carreta técnica.

7.- ¿En qué lugar habita

- Casa propia  
 Renta  
 Vive con su familia  
 Asilo.

OBSERVACIONES

---

---

---

---