

11274 //



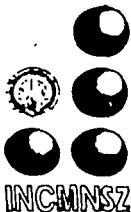
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y
NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

COMPARACION ENTRE 3 INSTRUMENTOS PARA LA
CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN UNA
POBLACION GERIATRICA MEXICANA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
SUBESPECIALIDAD EN GERIATRIA
P R E S E N T A :
TOMAS ROBERTO VALADEZ RAMIREZ

ASESOR DE TESIS: DR. LUIS MIGUEL GUTIERREZ ROBLEDO



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

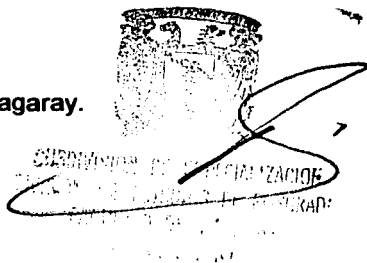
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

Asesor Metodológico:

Dr. Fernando A. Wagner Echeagaray.



Investigadores Asociados:

Maestra. Silvia Mejía Arango.

Dr. Alejandro Miguel Jaimes.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GERIATRÍA, INCMNSZ:

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo.

DIRECTOR DE ENSEÑANZA, INCMNSZ:

Dr. Luis Federico Uscanga Domínguez.

MÉXICO D.F. 2002



INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"DR. SALVADOR ZUBIRAN"
DIRECCION DE ENSEÑANZA
México, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	6
1. Antecedentes	6
2. Estimación de la frecuencia de depresión	6
3. Escalas "clásicas" para la detección de depresión	9
4. Criterios diagnósticos	10
5. Problemas de los Criterios diagnósticos	11
6. Descripción de CES-D	13
II.- JUSTIFICACIÓN	15
III.- HIPÓTESIS	16
1. Hipótesis de trabajo	16
2. Hipótesis estadística	16
IV.- OBJETIVOS	17
V.- DISEÑO	17
VI.- MATERIAL Y MÉTODOS	18
1. Población	18
2. Particularidades de la población estudiada	18
3. Tamaño de la muestra	19
4. Criterios de Inclusión	19
5. Criterios de Exclusión	20
6. Procedimiento	20
7. Instrumentos	21
VII.- ANÁLISIS DE DATOS	22
VIII.- RESULTADOS	23
1. Frecuencias	23
2. Concordancia	24
3. Análisis Multivariado	25
IX.- DISCUSIÓN	27

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Perfil de la muestra	27
2. Concordancia y discrepancias	27
3. Factores asociados	29
X.- CONCLUSIÓN	30
XI.- APÉNDICE	32
1. Consentimiento informado	33
2. Ficha de recolección de factores sociodemográficos y comorbilidad	34
3. Escala de depresión geriátrica (GDS/30)	35
4. Escala de CES-D-R	36
5. Escala de evaluación del estado mental	37
XII.- Tablas	39
1. Tabla # 1 Variables sociodemográficas	39
2. Tabla # 2 Factores de muestra asociados	40
3. Tabla # 3 Tabulación cruzada y Chi cuadrada para CES-D-R	41
4. Tabla # 4 Tabulación cruzada y Chi cuadrada para GDS	42
5. Tabla # 5 Tabulación cruzada y Chi cuadrada para DSM-IV	43
6. Tabla # 6 Prevalencia según CES-D-R	44
7. Tabla # 7 Modelo de regresión logística para CES-D-R	45
8. Tabla # 8 Modelo de regresión logística para GDS	45
9. Tabla # 9 Modelo de regresión logística para DSM-IV	45
XIII.- Diagrama de Venn	46
XIV.- BIBLIOGRAFÍA	47

DEDICATORIA

...a mi Abuelo, con cariño, orgullo y respeto

...a Isabel, por su apoyo, confianza y entrega

...a mi Madre, con mucho amor y ternura

...a mi Padre, con admiración, cariño y respeto

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, por fungir como maestro y amigo, por guiarme en mis primeros pasos al fascinante mundo de la Geriatría y darme las herramientas para poder seguir construyendo mis sueños.

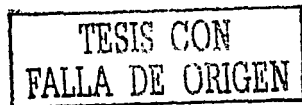
Al Dr. Víctor Gallegos por su amistad incondicional y apoyo a este proyecto.

Al Dr. Fernando Wagner por hacer palpable este proyecto.

A la Maestra Silvia Mejía por su apoyo y paciencia.

Al Dr. Alejandro Miguel por su valiosa colaboración personal.

Al personal de enfermería de la Clínica de Geriatría y Psicología que creyó y contribuyó en este proyecto.



ANTECEDENTES.

La depresión es el trastorno del estado de ánimo más frecuente en la población geriátrica y afecta de manera importante la calidad de vida, por lo que se considera uno de los problemas prioritarios de salud, junto con la polifarmacia y el alcoholismo ⁽¹⁾.

Uno de tantos aspectos que involucra este trastorno afectivo en los ancianos, es el fortalecimiento de mitos y estereotipos asociados al envejecimiento, englobados bajo el concepto de "viejismo", que ve al envejecimiento como sinónimo de discapacidad, pérdida e inutilidad.

Por motivos como el anterior es necesario contar con procedimientos para el diagnóstico eficaz de la depresión en los ancianos, uno de cuyos beneficios podría ser el contribuir a restituir aquellas oportunidades de envejecimiento exitoso que habitualmente les niega el "viejismo".

Estimaciones de la frecuencia.

La estimación de la frecuencia de la depresión se enfrenta a dos obstáculos importantes: el primero es de naturaleza conceptual y el segundo es problema metodológico. El primero de ellos se refiere a la ausencia de un concepto consensado y con validez universal para definir la depresión en el anciano. El segundo de ellos tiene que ver con el tipo de población (cultura, nivel educativo etc), y los tipos de instrumentos usados. Por estas razones, tanto la prevalencia como la incidencia de depresión en ancianos varía a través de los diferentes estudios, sin que exista consenso.

Prevenido de estas posibles fuentes de sesgo (sobre-inclusión y sobre-exclusión), tenemos que según algunos estudios, se reporta que la depresión mayor afecta a 1.3 a 3 % de la población general mayores de 65 años, con una relación de dos mujeres por cada hombre afectado.

Entre otros, existen algunos factores que se han relacionado con la depresión en el anciano como el ser soltero (en particular viudo), contar con una mala red de apoyo social, una mayor comorbilidad, particularmente enfermedades de tiroides, cáncer, enfermedad cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, infarto a miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Otros factores de riesgo también conocidos para tener depresión son demencia, el cual puede ser factor precipitante hasta un 50 %, enfermedad vascular cerebral hasta 24 % en un período de 2 años post-infarto, con predominio de lesiones de hemisferio izquierdo o ganglios basales; en la enfermedad de Parkinson hasta la mitad de los pacientes presentan depresión en algún momento de la evolución de su enfermedad⁽²⁾.

A nivel hospitalario, se estima que 11 % de los pacientes geriátricos cursan con cuadros depresivos; en asilos 12 % y en clínicas no psiquiátricas 5 % ⁽²⁾. La prevalencia de sintomatología depresiva es mayor, la cual se encuentra entre 8 y 15 % en la población general, 25 % a nivel hospitalario, 30 % a nivel de asilos y 10 % en clínicas no psiquiátricas (Blazer, 1993)^(3,4).

En estudios donde se consideran todas las formas de depresión en la población general en mayores de 65 años, la prevalencia global es de 15 a 25 % a diferencia de un 4 a 5 % para el trastorno depresivo mayor⁽⁵⁾. Estos datos son relevantes ya que la literatura nacional ⁽⁶⁾ e internacional indica elevados costos de atención, sufrimiento innecesario y discapacidad asociados con sintomatología depresiva que no alcanza a

cumplir los umbrales necesarios para recibir un diagnóstico de episodio de depresión mayor, depresión mayor, o distimia, según los criterios clínicos vigentes (DSM-IV).

El diagnóstico de depresión en ancianos enfrenta diversos problemas. Siendo uno de ellos su heterogeneidad clínica, que se ve manifestada por la posible coexistencia de desórdenes cognoscitivos, pudiéndose manifestar como pérdida del interés en actividades cotidianas, disminución de la espontaneidad, apatía, irritabilidad, estado de confusión.^(7,8) Otro elemento a considerar es la comorbilidad, creándose una interacción compleja entre la patología ya existente y las complicaciones que conlleva el trastorno depresivo.

A diferencia de la población joven, en los ancianos los síntomas comunes incluyen la somatización manifestada como exacerbación de dolor, síntomas gastrointestinales o cardiovasculares, preocupación de limitación física, fatiga, pobre concentración, depresión-deterioro cognoscitivo; otras presentaciones alternativas son apatía (pérdida del interés a actividades), anhedonia (ausencia de placer) y astenia (pérdida de energía). Muchas de estas manifestaciones son ignoradas por pacientes, familiares y médicos, pues con frecuencia se mimetizan con cambios considerados propios del envejecimiento (sin serlo).

En casos extremos sin tratamiento pueden presentarse alucinaciones en un 50 a 60 % de los casos; así como riesgo de recurrencia en un periodo de 3 a 6 años hasta en 38 % de los pacientes, en comparación con un periodo de 1 año en jóvenes⁽⁴⁾. La tasa de suicidio se ha ido incrementando hasta en un 25 %.

Otro problema es la asociación entre depresión y mortalidad, la cual se incrementa significativamente en presencia de un bajo índice de masa corporal, enfermedades crónicas, historia de tabaquismo (EPOC) o deterioro cognoscitivo. En

contraste, cuando en el anciano hay mejoría en las actividades de la vida diaria, el riesgo de presentar depresión disminuye⁽⁹⁾.

Escalas “clásicas” para la detección de la depresión.

Históricamente, los instrumentos de evaluación que se han utilizado ampliamente durante mucho tiempo para detectar depresión en la población general han sido la Escala de Auto evaluación de Zung,⁽¹⁵⁾ que también sirve en el tamizaje de los pacientes con riesgo de depresión y puede auto administrarse; así como la escala de depresión de Hamilton (Max Hamilton, 1960)^(16,17). la cual se utiliza con mayor frecuencia en países europeos. Esta última escala se aplica en pacientes ya con diagnóstico de depresión y nos ayuda a establecer la severidad de la misma. Otras escalas nos ayudan a dilucidar el diagnóstico de depresión con deterioro cognoscitivo como la escala de Cornell, la cual es aplicada por el médico a el familiar o cuidador primario para determinar si ciertos cambios en su conducta son debidos a depresión.⁽¹⁸⁾ Otra más, el inventario de depresión de Beck (1961, revisada 1978)⁽³⁸⁾. fue originalmente diseñada para medir el grado de intensidad de depresión en pacientes psiquiátricos, posteriormente fue usada como prueba de tamizaje para investigaciones clínicas.⁽³⁹⁾

Como un consenso en la comunidad internacional geriátrica, en la actualidad se acepta que ninguna de estas escalas tiene la suficiente sensibilidad ni especificidad para hacerlos instrumentos confiables de diagnóstico de depresión en ancianos.

Criterios Diagnósticos.

Se han diseñado a través del tiempo varias escalas que tratan de determinar la presencia, frecuencia y severidad de los síntomas depresivos en esta población, las cuales requieren de múltiples validaciones⁽³⁶⁾. Hasta el momento no hay una prueba diagnóstica "estándar ideal" (*gold standard*), por lo que el diagnóstico se hace sobre la base de criterios de consenso.

Los Criterios Diagnósticos utilizados sistemáticamente con mayor frecuencia en la literatura han sido los de la Organización Mundial de la Salud [World Health Organization's International Classification of Disease] y los de la 4ª edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).

De ambos, los últimos han sido los más utilizados para fines epidemiológicos y estadísticos⁽¹⁰⁾. En ellos, se definen las siguientes categorías:

"Síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor", "Probable episodio de depresión mayor", "Posible episodio de depresión mayor", "Episodio depresivo sub-umbral", "Sin síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor" y "distimia".

El episodio depresivo mayor es definido como un tiempo mayor de 2 semanas durante el cual el paciente experimenta ánimo deprimido, pérdida del interés o placer en sus actividades comunes, además de manifestar cambios donde se incluyen múltiples síntomas como cansancio, labilidad emocional, alteraciones en el apetito con o sin alteraciones en el sueño, letargo, ansiedad, fatiga, baja autoestima, disminución de la concentración, sentimiento de rabia, sentimientos de muerte. Estos síntomas

deben presentarse en ausencia de otros trastornos psiquiátricos como esquizofrenia o manía.

La distimia es diagnosticada cuando el paciente experimenta en forma crónica (2 años) síntomas de depresión, pero este no es un criterio de depresión mayor.⁽⁷⁾

Problemas de los Criterios Diagnósticos.

El uso de los Criterios del DSM-IV para diagnosticar depresión en los ancianos ha sido objeto de los siguientes puntos de crítica en Geriatría.

El cuadro depresivo es "atípico" en un número variable, pero que se acepta mayoritario de ancianos deprimidos. Dado que la propuesta semiológica de los Criterios se hizo a partir de observaciones clínicas en adultos jóvenes, su uso en ancianos tiene el riesgo de la sobre exclusión.

- La correcta aplicación, calificación e interpretación de los Criterios demanda una estandarización en entrevista psiquiátrica que es ajena a la mayoría de los clínicos que atienden ancianos. Esto también propicia la sobre inclusión.
- Los cambios de mejoría y empeoramiento depresivos en ancianos suelen ser sutiles y escapar a la detección de los Criterios, lo cual los hace difíciles de utilizar para fines de seguimiento clínico y terapéutico.⁽²⁾

Como una respuesta a lo que se considera un vacío importante en el diagnóstico en Geriatría, en 1982 fue publicado un instrumento de exploración que ha probado su utilidad: la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (conocida como GDS por sus siglas en inglés)^(12,13).

La escala fue diseñada inicialmente a partir de 100 reactivos. Posteriormente los reactivos fueron cambiando por los aportes de los clínicos y revisiones subsecuentes hechas para distinguir síntomas depresivos en el anciano con respecto a la población general. El proceso resultó en dos versiones actuales de la escala, de 30 y 15 reactivos (escala larga y corta respectivamente).

Acerca de la confiabilidad se han reportado valores alfa entre 0.80-0.95 en diferentes escenarios y de todas las edades. La prueba Test-retest es alta desde 0.85 a 1 semana, de 0.86 a una hora y 0.98 de 10 a 12 días. Muchos estudios compararon el GDS con la escala de índice de depresión de Hamilton mostrando correlaciones que variaron de 0.62 a 0.82. Con el punto de corte 10/11 presenta una sensibilidad de 84 % y especificidad del 95 %. Cuando se compara con entrevista psiquiátrica estandarizada el GDS mostró una sensibilidad de 92 % y especificidad del 89 %; un valor predictivo positivo 53 % y un valor predictivo negativo del 99 %.⁽²¹⁾

En estudios de validación, la GDS demostró tener una alta correlación para el diagnóstico de depresión en los ancianos⁽¹²⁾. En el mismo sentido, este instrumento ha sido validado en población mexicana.

- Las ventajas que se le conceden en Geriátria son las siguientes.
- Es una escala de tamizaje. Esto la hace un instrumento de fácil aplicación que no requiere de una capacitación especial en entrevista psiquiátrica.
- Se requiere de un tiempo corto de aplicación^(14,37).

Otro instrumento más, que ha sido muy utilizado es la escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos en los Estados Unidos CES-D [Center for

Epidemiologic Studies Depression Scale]. Esta escala fue hecha mucho antes del desarrollo de sistemas contemporáneos de clasificación de trastornos psiquiátricos [National Institute of Mental Health] (USA, 1972). La versión actual está basada en un trabajo de 1998, realizado por el Dr. Eaton y colaboradores.⁽¹⁹⁾

EI CES-D.

La CES-D fue creada en los 1970's y desde entonces es uno de los instrumentos más frecuentemente utilizados. En su diseño se buscó integrar los aspectos más importantes indicados en la literatura, con especial atención a los componentes afectivos. Se utilizaron preguntas de diversos instrumentos, incluyendo el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autovaloración de Zung, y el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota, entre otros.⁽²⁰⁾ La escala fue diseñada como un instrumento de "lápiz y papel" que consta de 20 reactivos y es auto-administrable.

A lo largo de los años el CES-D ha sobrevivido exitosamente la traducción a diversos idiomas, así como su utilización en entrevistas cara a cara, telefónicas, y por medio de tecnología computarizada.

Ahora bien, más allá de la importancia innegable del CES-D, un problema importante para la mayor parte de los instrumentos de tamizaje actualmente disponibles es que fueron creados antes de la divulgación de criterios diagnósticos actualmente aceptados en el ámbito nacional e internacional, tales como la 10a. Clasificación Mundial de las Enfermedades (CIE-10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) en su cuarta revisión^(10,22). Por lo tanto, los instrumentos no valoran sistemáticamente la presencia de los signos y síntomas en

todos los criterios. Así, por ejemplo, el CES-D cuenta con seis reactivos para valorar la presencia de disforia, pero un solo reactivo para valorar la presencia y frecuencia de síntomas en cada uno de los siguientes criterios: problemas de peso, problemas de sueño, autoestima, así como problemas de concentración. Ocho reactivos no corresponden directamente con ningún criterio de la sección A del DSM-IV; además, el retardo psicomotor y la agitación o ideación suicida del DSM-IV no son valorados por reactivo alguno del CES-D original. Otra característica importante del CES-D es que los reactivos preguntan por la frecuencia de los síntomas en la última semana, en tanto que el DSM-IV requiere la presencia de síntomas depresivos todos o casi todos los días durante un periodo de dos semanas.

Como puede verse, no existe una coincidencia en los dominios afectivos que estos instrumentos miden, para llegar al diagnóstico global de depresión. Esto no significa necesariamente que no puedan coincidir en el resultado (o diagnóstico) final, pero la heterogeneidad señalada hace esta suposición improbable.

Recientemente, el CES-D ha sido traducido y sus reactivos ajustados en función del constructo a medir, por el Dr. Wagner y col. ⁽²³⁾. Se han realizado las primeras estimaciones sobre estas modificaciones, y se ha demostrado que tiene una excelente consistencia interna cuando se administra en entrevista cara a cara por personal entrenado. Esta versión revisada tiene un total de 35 reactivos contra 20 de la versión original. Se modificaron y agregaron reactivos para explorar mejor dominios de mayor peso en ancianos deprimidos, como el efecto social, la ideación suicida, cambios en el pensamiento, sentimientos de culpa, fatiga, agitación o retardo psicomotor, alteraciones del patrón del sueño, apetito, anhedonia y disforia⁽¹⁹⁾.

Una ventaja importante de esta nueva revisión es que permite detectar y calificar también los nueve criterios del DSM-IV. El instrumento clasifica las respuestas en cinco grupos, y posibilita la identificación en presencia e importancia (peso) de síntomas depresivos, aún a pesar de que por su número, frecuencia o duración no sean suficientes para cumplir el diagnóstico clínico según los tradicionales criterios del DSM-IV. (24,25,26)

JUSTIFICACIÓN.

Como puede inferirse de lo anterior, existe un vacío de parámetro diagnóstico en el caso de la depresión en población geriátrica.

La inconformidad de la comunidad geriátrica con los Criterios diagnósticos del DSM-IV, por los riesgos de sobre inclusión y exclusión derivados de la diferencia clínica del cuadro depresivo entre adultos jóvenes y viejos, ha llevado a buscar instrumentos de detección más adecuados a la realidad clínica de la depresión en ancianos. El mejor fruto de este esfuerzo hasta ahora ha sido la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ó GDS, que sin embargo tiene los inconvenientes inherentes a toda escala de tamizaje.

Recientemente se ha revisado otra escala, CES-D, que aparentemente tiene una buena adecuación con los perfiles psicosociales de la depresión del anciano.

Resulta, por lo tanto, justificado hacer una comparación entre esta escala y los dos parámetros de uso consolidado en geriatría para la detección de la depresión en ancianos, para revisar su concordancia y discrepancia.

Los resultados no pueden sino llevar a un mejor entendimiento del trastorno depresivo del anciano, y ser un paso importante en el camino hacia el instrumento diagnóstico ideal.

HIPÓTESIS.

Hipótesis de trabajo:

Existe concordancia para el diagnóstico de la depresión entre los distintos instrumentos. (CES-D-R, DSM-IV y GDS)

Hipótesis estadística:

H0: Hipótesis Nula: El grado de concordancia entre DSM-IV y CES-D-R para el diagnóstico de depresión es bajo.

H1: Hipótesis alterna: El grado de concordancia entre DSM-IV y CES-D-R para el diagnóstico de depresión es alto.

H0: Hipótesis Nula: El grado de concordancia entre DSM-IV y GDS para el diagnóstico de depresión es bajo.

H1: Hipótesis alterna: El grado de concordancia entre DSM-IV y GDS para el diagnóstico de depresión es alto.

H0: Hipótesis Nula: El grado de concordancia entre GDS y CES-D-R para el diagnóstico de depresión es bajo.

H1: Hipótesis alterna: El grado de concordancia entre GDS y CES-D-R para el diagnóstico de depresión es alto.

OBJETIVOS.

OBJETIVO PRINCIPAL.

Analizar la concordancia que tienen las diferentes escalas y métodos para clasificación y el diagnóstico de la Depresión: CES-D-R, GDS, DSM-IV en una población geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ).

OBJETIVO SECUNDARIO.

Identificar los factores sociodemográficos y de comorbilidad que participan en diferentes escalas: CES-D-R, GDS, DSM-IV para el diagnóstico de la Depresión en una población geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán (INCMNSZ).

DISEÑO.

Se tratará de un estudio de tipo transversal, observacional, descriptivo, comparativo y prolectivo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MATERIAL Y MÉTODOS.

Población:

La población estará conformada por sujetos mayores de 60 años (definición de anciano según OMS) que asistan a la consulta externa del servicio de Geriátrica del INCMNSZ, entre los meses de septiembre de 2001 a abril de 2002.

Particularidades de la población a estudiar.

Un aspecto siempre relevante de un estudio hospitalario es la selección que sufre la población: enfermos. Esto obliga a considerar la validez de los resultados como sólo de tipo interno, no generalizable a la población general.

En el caso del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", además existe un proceso de selección de los pacientes, que lo hace incluso muy diferente de otros centros hospitalarios de tercer nivel. Generalmente los pacientes del instituto han sido seleccionados con criterios que los hacen tener un mayor número de enfermedades crónico-degenerativas (comorbilidad) que los pacientes de otros hospitales, o bien características no comunes en sus enfermedades. Es decir, el instituto no es comparable a ningún otro centro hospitalario en el país, es sui generis.

De lo anterior debe entenderse que los pacientes del instituto deben tener una auto percepción de salud necesariamente diferente de otros enfermos, y de los ancianos de la comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tamaño de la muestra:

Tomando en cuenta la prevalencia esperada de sintomatología depresiva y los objetivos de la presente investigación y la dificultad para la muestra, se estableció de acuerdo a los criterios de inclusión y aceptación de los participantes y los que pudieran ser entrevistados por el grupo médico.

Finalmente, se acordó entrevistar a un total de 100 pacientes.

Muestreo. Se decidió incluir pacientes por conveniencia ante la imposibilidad de contar por adelantado con un padrón de pacientes que asistirían cada día. Sin embargo, la selección de los sujetos fue indeterminada por factores como el sexo, edad y su apariencia y en función de la disponibilidad de entrevistadores y de espacio físico independiente para las entrevistas.

Criterios de inclusión:

- a) Pacientes que acudan a la consulta externa de la Clínica de Geriatria de INNCSZ.
(población abierta).
- b) Mayores de 60 años.
- c) Pacientes que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes hospitalizados.
- b) Pacientes que no hablen español.
- c) Pacientes con déficit polisensorial ó manual que no les permita realizar la evaluación
(tanto visual como auditiva).
- d) Pacientes que cuenten con diagnóstico clínico de síndrome demencial severo.(de acuerdo a DSM-IV y MMSE)

Procedimiento:

Se conformó un equipo de trabajo con la colaboración de tres pasantes de psicología que realizaban prácticas de investigación, los médicos residentes y enfermeras de la Clínica de Geriátría. Todos ellos recibieron instrucciones específicas acerca de los instrumentos y procedimientos de la presente investigación.

Previo consentimiento informado de los pacientes, un médico residente hacía una primera entrevista clínica y aplicaba la primera parte del cuestionario. Posteriormente, los pacientes eran referidos a los entrevistadores para que realizarían la parte complementaria de la entrevista. Cabe mencionar que los datos de cada parte de la entrevista permanecieron ciegos a la contraparte hasta el término de cada entrevista para evitar posible contaminación.

Se realizaron entrevistas estructuradas (cara-a-cara) con pacientes que acuden al servicio de consulta externa de la Clínica de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas de la Nutrición "Salvador Zubirán", los cuales se tomaron al azar con

forme tenían consulta y se contaba con tiempo y espacio físico para realizar la entrevista para la cual primero se solicitó consentimiento informado y posteriormente se desarrolló la entrevista (Apéndice).

En la entrevista se recolectaron datos para la ficha de identificación, edad, sexo, estado civil, comorbilidad (como número de enfermedades) diagnóstico clínico de depresión de acuerdo a DSM-IV (entrevista estructurada), antecedente de depresión, hospitalización en el último año, uso de tratamiento antidepressivo previo y tiempo de duración, auto percepción del estado de salud, estado cognoscitivo por medio de mini-mental (MMSE)^(32,33,34,35,11), escala de depresión geriátrica (GDS) y escala de depresión CESD-R.

Instrumentos:

El cuestionario utilizado para esta investigación consta de cuatro secciones. La primera sección incluye valoraciones clínicas acerca de los siguientes aspectos: datos sociodemográficos, apreciación diagnóstica de desórdenes y síntomas depresivos, historia médica, así como auto-percepción de salud. La segunda sección del cuestionario incluye: [Mini-Mental State Examination] (MMSE). La tercera sección incluye la escala de depresión Geriátrica (GDS) de 30 reactivos, La cuarta sección contiene la versión revisada del CES-D y que se describe más adelante.

Se determinaron criterios clínicamente para el diagnóstico depresión mayor de acuerdo a la clasificación de DSM-IV, también de acuerdo a la escala de depresión geriátrica de 30 puntos definiéndose como síntomas depresivos a los que presentaban 11 o más puntos y sin síntomas de depresión a los que tenían 10 o menos puntos en

esta escala, también de acuerdo a la escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos en los Estados Unidos Revisada de 35 puntos ajustándose diagnóstico de acuerdo a puntaje para hombres y para mujeres, siendo para el de 35 un punto de corte de 26 para hombres y 21 para mujeres.⁽²³⁾

Se ajustó puntaje de Mini-mental de acuerdo a escolaridad para población mexicana, para escolaridad igual o menor de 6 con puntaje de corte de 19/20 y para escolaridad igual o mayor de 7 con puntajes de 23/24 de 30 puntos de MMSE.^(27,28)

ANÁLISIS DE DATOS.

La captura de datos se realizó en formato electrónico del programa EpiData, versión 2.0⁽³¹⁾. Este programa permite la creación de programas de captura con chequeos automáticos de rangos válidos y consistencia interna de observaciones, así como el control de posibles errores al comparar bases capturadas por duplicado. Ambas capacidades fueron utilizadas en la captura de datos para este estudio. La base de datos fue importada a SPSS, versión 10.0⁽³⁰⁾ para el análisis estadístico.

Se usaron medidas descriptivas de frecuencia. Se realizó análisis de varianza para las variables continuas con el fin de comprar los grupos con depresión y sin depresión en cada escala. Se procedió a hacer un análisis de concordancia en el diagnóstico de depresión entre las diferentes escalas.

Posteriormente se analizaron diferencias entre grupos con prueba de Chi cuadrada. Después se hizo un análisis bivariado entre los diferentes factores sociodemográficos y el resultado de depresión. A continuación se realizó un análisis de

regresión logística con el fin de establecer cuáles de las variables, que habían mostrado un valor $p < 0.05$ en el análisis bivariado.

Toda la información con respecto a variables socio-demográficas y comorbilidad, fue categorizada.

RESULTADOS.

1. FRECUENCIAS.

Se entrevistaron a 107 pacientes, entre 64 y 92 años, con promedio de edad de 79 años (desviación estándar = 6.25).

Sexo.

La mayoría fueron mujeres 77 (74.04 %), hombres 27 (26 %), se eliminaron 3 pacientes por no reunir criterios de inclusión (2.8 %).

Grupos de edad.

Se categorizaron en dos grupos de población geriátrica de acuerdo a riesgo de presentación de síntomas depresivos entre los viejos y "viejos-viejos" de 60 a 79 años y de 80 a más años respectivamente siendo 58 pacientes (55.8 %) y 46 (44.2 %) para cada grupo.

Estado civil.

Dentro de sus características 42 (40.4 %) estaban casados, 9 (8.6 %) solteros o divorciados, 53 (51 %) viudos.

Escolaridad.

Se encontraron 10 pacientes con cero escolaridad (9.62 %), de 1 a 6 años con 66 pacientes (63.5 %), y los de más de 6 años con 27 % (28 pacientes).

Comorbilidad.

De acuerdo a la comorbilidad se categorizaron: de no tener enfermedades hasta la presencia de 3, encontrando 38 pacientes (36.5 %); y los que tenían 4 o más comorbilidades correspondientes a la mayoría con 66 pacientes (63.5 %).

Estado cognitivo.

El MMSE se ajusto por escolaridad con el diagnóstico de posible demencia 77 (74 %) y los de posible no demencia 27 (26 %).

Autopercepción de salud.

Los pacientes con muy buena y buena auto percepción corresponden a 47, regular 40 y mala o muy mala a 17 pacientes con 45.2 %, 38.5 %, y 16.3 % respectivamente(Tabla 1 y 2).

2. CONCORDANCIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El diagnóstico de Depresión tuvo las siguientes frecuencias de concordancia.

25 pacientes, el 24% de la muestra tuvo diagnóstico concordante de depresión con los tres instrumentos.

DSM-IV Vs. CES-D-R.

	%
1. Concordancia Positiva para Diagnóstico de Depresión	54.3
2. Concordancia Negativa para Diagnóstico de Depresión	84.5
3. Concordancia Total para Diagnóstico de Depresión	71.15

DSM-IV Vs. GDS.

	%
1. Concordancia Positiva para Diagnóstico de Depresión	87
2. Concordancia Negativa para Diagnóstico de Depresión	53.4
3. Concordancia Total para Diagnóstico de Depresión	68.26

CES-D-R Vs. GDS.

	%
1. Concordancia Positiva para Diagnóstico de Depresión	97
2. Concordancia Negativa para Diagnóstico de Depresión	36
3. Concordancia Total para Diagnóstico de Depresión	66.34

2. ANÁLISIS MULTIVARIADO.

CES-D-R.

El modelo de regresión logística para CES-R explica el 23 % de la varianza. El modelo está conformado por las siguientes variables: antecedente de cuadros depresivos, calificación de Minimental ajustado para población según escolaridad, comorbilidad tomada como la presencia de 4 o más enfermedades crónicas (tabla 3 y 7).

No tener cuadros depresivos previos, tener menor comorbilidad (3 < número de enfermedades) y no contar con demencia se comportan como factores protectores según la prueba CES-D-R.

GDS.

El modelo de regresión logística para GDS está conformado por las siguientes variables: género, antecedente de cuadros depresivos previos, escolaridad; y explican el 31.5 % de la varianza.

Tener género masculino y no contar con antecedentes de cuadros depresivos previos confiere un factores protectores.

Sin embargo, la baja escolaridad confiere un riesgo muy importante para tener cuadros de depresión, aún más cuando se es analfabeta. (tabla 4 y 8).

DSM-IV.

El modelo de regresión logística para DSM-IV está conformado por las siguientes variables: edad, género, antecedente de cuadros depresivos, minimalista ajustado para escolaridad y auto percepción de salud, y explica el 49 % de la varianza (tabla 5 y 9).

Analizando los datos se encuentra que el pertenecer al menor rango de edad (60 -79), el género femenino, el tener antecedente de cuadros de depresión, así como el contar con posible cuadro de demencia (deterioro cognoscitivo / sin tener los criterios para síndrome demencial) representan factores de riesgo según DSM-IV.

El tener una buena y muy buena auto percepción de salud se comportó como factor protector para presentar datos de depresión mayor.

DISCUSIÓN.

El perfil de la muestra.

El promedio de edad de la muestra fue de 79 años (viejos-viejos). La mayoría fueron mujeres y viudos. La mayoría tuvo 4 o más comorbilidades. El 74% tuvo deterioro cognoscitivo (posible demencia), según los resultados del Minimental. La escolaridad de la mayoría fue de 1 a 6 años. La mayoría tuvo una buena y muy buena auto percepción de salud.

En este primer perfil que arroja el estudio, llama mucho la atención el resultado del minimental. Una mayoría importante califica por debajo de la normalidad cognoscitiva para sus años de escolaridad. Esto debe llevar a reflexionar sobre la dirección de la asociación encontrada entre la depresión detectada con los instrumentos, y el deterioro cognoscitivo. El dilema sobre qué es primero no puede ser solucionado con los resultados de este estudio. Por lo tanto, la conclusión final sobre si la "demencia" (en realidad el deterioro cognoscitivo detectado con el minimental) es un factor de riesgo para depresión, sólo debe interpretarse como una correlación fuerte entre ambas, pero no asumirse con el mismo significado clínico de factor de riesgo.

Las concordancias y discrepancias.

La concordancia de los tres instrumentos fue de sólo un cuarto de la muestra (24%), lo cual lleva a reflexionar sobre las causas de la discrepancia en el 76% de los casos.

La concordancia más alta se encontró entre GDS y CES-D-R, lo cual puede estar explicado por la afinidad metodológica de ambos instrumentos, pues fueron hechos dirigidamente para la depresión del anciano. La discrepancia más alta ocurrió entre DSM-IV y CES-D-R. Es decir que entre estos dos métodos la lejanía es muy alta. La reflexión ineludible es pensar que acaso CES-D-R pudiera estar tan alejada de DSM-IV por una mayor cercanía al diagnóstico de depresión en el anciano.

Cabe destacar que el 33% de la muestra tuvo depresión con CES-D-R, comparado con el 44% del DSM-IV y el 64% del GDS. Estas proporciones no hacen sino ilustrar de otra forma las relaciones entre los tres instrumentos: nuevamente, CES-D-R y DSM-IV son los más lejanos, GDS guarda una distancia intermedia pero más cercana a DSM-IV.

Dado que el diagnóstico de depresión se asumió en base a DSM-IV, lo anterior puede dar lugar a pensar que mientras GDS se ha alejado de DSM-IV (fenómeno que se explicaría por la opinión ampliamente consensada y aceptada en Geriatria de que es un mejor instrumento para detectar la depresión del anciano), CES-D-R se aleja de ambos siendo el que guarda la mayor distancia. Lo importante es destacar que la dirección en que se aleja guarda ciertas propiedades interesantes: tomando en cuenta concordancias y discordancias, CES-D-R es el más lejano con DSM-IV, pero altamente concordante con GDS. (Fig.1/Diagrama de Venn)

Dicho en otras palabras, es altamente discordante de la sintomatología depresiva del adulto joven que representa DSM-IV, pero concuerda altamente con la sintomatología depresiva del anciano que representa GDS, aunque se aleja también de ésta sin dirigirse hacia DSM-IV. La única dirección posible es el alejamiento hacia una sintomatología depresiva del viejo.

Los factores asociados.

Los factores que según DSM-IV se asocian a depresión son conocidos, y simplemente se corroboran. Aquí es necesario recordar las precauciones para interpretar la asociación con deterioro cognoscitivo.

Los factores asociados a depresión de acuerdo con GDS son los de baja escolaridad. GDS también ofrece la contraparte coincidente con DSM-IV: el sexo masculino como protector.

CES-D-R tiene un factor protector compartido con GDS, lo cual es único entre los tres instrumentos, y que muestra de manera consistente tanto su cercanía con GDS, como la dirección en que se aleja de DSM-IV.

En relación a los porcentajes de varianza explicados por los instrumentos, es importante recordar que aunque es bajo, se está trabajando asumiendo la consideración de depresión en base a DSM-IV, que no se considera el medio apropiado para detectar depresión en el anciano. Así, pues, los porcentajes de las varianzas sólo deben tomarse como puntos o marcadores de distancia entre los instrumentos, pero no asumir significancias clínicas absolutas.

De cualquier forma, debe resaltarse que ninguno de los factores que se comportaron como de riesgo o protectores fue contradictorio entre los instrumentos, todos tienen una coherencia clínica ampliamente descrita en la literatura. Por lo tanto el punto central de la discusión en este trabajo no es si los instrumentos diagnostican la depresión, sino cuál de ellos lo haría con mayor precisión y exactitud en la población anciana.

CONCLUSIÓN.

El hallazgo más importante del presente trabajo puede resumirse de esta manera: el diagnóstico de depresión basado en la sintomatología con que está construido CES-D-R se aleja del mismo hecho sobre la base del GDS, pero sin dirigirse, antes bien alejándose todavía más, de la sintomatología depresiva del joven, representada por DSM-IV.

Sin embargo, el problema de cuál instrumento es mejor para el diagnóstico del síndrome depresivo del anciano todavía no puede asumirse como resuelto. En ausencia de un estándar ideal del diagnóstico, como son los marcadores biológicos, existen varias alternativas para confirmar si la dirección de los hallazgos de este trabajo son ciertas:

Pueden hacerse estudios donde se tome un "marcador subrogado" de depresión en el anciano, como es el desempeño funcional. Efectivamente, es amplio el conocimiento de que la funcionalidad medida en términos de actividades de la vida diaria (de diferentes complejidades y tipos) se afecta de manera constante con la depresión, como con un número importantes de problemas de salud en el anciano. El tipo y magnitud del impacto de la depresión detectada con cada instrumento sobre la funcionalidad sería un estudio futuro necesario.

Otra alternativa que podría pensarse como necesaria también, es la conformada por estudios de tipo prolectivo, donde pueda estudiarse la relación entre la depresión tipificada por cada instrumento, y los "end points" o desenlaces conocidos de la depresión. Estos últimos, sin embargo, deben todavía permanecer en la agenda de

discusiones, para diseñar el método ideal que no atente contra principios éticos inviolables como son la obligación de dar tratamiento a toda enfermedad detectada.

De cualquier forma, este estudio tiene el valor de haber encontrado una dirección en el instrumento CES-D-R, que lo postula como candidato a corroborarse mejor que GDS en la detección adecuada de la depresión en el anciano.

Dentro de la evaluación para depresión en el anciano va a depender de tres puntos: 1) la información y la impresión recolectada durante la entrevista, 2) el uso de cuestionarios para valorar la presencia y severidad de los síntomas depresivos, y 3) pruebas neuropsicológicas para su valoración integral cuando se sospeche la presencia de deterioro cognoscitivo.

La depresión sigue siendo una variable latente, que cuya existencia solo conocemos por sus manifestaciones.

APÉNDICE

Consentimiento informado

Por favor lea antes de iniciar la entrevista

Buenas tardes. Mi nombre es _____ y estoy colaborando en un estudio del Instituto Nacional de Ciencias y Nutrición "Salvador Zubirán" y Psiquiatría. Su participación es voluntaria y su participación será de gran ayuda para nosotros; sin embargo, la atención que recibe en este instituto no depende de que participe en este estudio. Estamos haciendo algunas preguntas acerca del estado de ánimo de los pacientes mayores que vinieron a la consulta externa el día de hoy. Las preguntas que necesitamos hacerle son muy sencillas y cualquier persona mayor puede contestarlas. Contestar estas preguntas no le causa problemas a la mayoría de la gente, aunque algunas personas pueden sentirse a disgusto de que les pregunten acerca de algunos aspectos de su vida.

Toda la información será confidencial y Usted puede decidir si no quiere contestar alguna pregunta, en cualquier momento. ¿ De acuerdo ?

Entrevistador

Paciente

Testigo

Testigo

Fecha: _____

NOMBRE: _____ REG. _____ EDAD _____ SEXO _____

Casado: _____ Divorciado: _____ Soltero: _____ Viudo: _____ Escolaridad: _____

Hospitalización Previa:(1/12) _____ No. Enfermedades: _____

DEPRESION (tipo) DSM IV: _____

0. Sin Depresión
1. Depresión mayor
2. Melancolía
3. Cuadro sicótico
4. Distimia
5. Otros desordenes con síntomas depresivos

Cuadros de Depresión Previos: (S/N) _____

Tratamiento para Depresión Previo: _____

Tiempo de Tratamiento:(1/12) _____

Causas de Suspensión de Tratamiento:
Económico _____ /Indicación Médica _____ /Motivo Personal _____

Auto Percepción de Salud:
Muy Buena _____ /Buena _____ /Regular _____ /Mala _____ /Muy Mala _____

Nombre del Evaluador: _____

FECHA DE HOY: ____/____/____

NUMERO: _____
Día Mes Año

Edad en años cumplidos _____
Mujer

Sexo Hombre

Escoja la mejor respuesta sobre cómo se sintió Usted durante los últimos siete días....

	Si	No
1 ¿Está usted satisfecho con su vida? (Leer opciones de respuesta. Si o No)		
2 ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?		
3 ¿Siente usted que su vida está vacía?		
4 ¿Se aburre usted con frecuencia?		
5 ¿Tiene usted esperanzas en el futuro?		
6 ¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?		
7 ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?		
8 ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?		
9 ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?		
10 ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?		
11 ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?		
12 ¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?		
13 ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?		
14 ¿Cree usted que tiene más problemas con su memoria que los demás?		
15 ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?		
16 ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?		
17 ¿Siente usted que nadie lo aprecia?		
18 ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?		
19 ¿Cree usted que la vida es muy emocionante?		
20 ¿Le es difícil a usted comenzar con nuevos proyectos?		
21 ¿Se siente usted lleno de energía?		
22 ¿Siente usted que su situación es desesperante?		
23 ¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?		
24 ¿Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia?		
25 ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?		
26 ¿Tiene usted problemas para concentrarse?		
27 ¿Disfruta usted el levantarse por las mañanas?		
28 ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?		
29 ¿Es fácil para usted el tomar decisiones?		
30 ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación leeré una lista de cosas que probablemente Usted haya sentido o tenido. Por favor, diga durante cuántos días en la semana pasada se sintió así, o si le ocurrió casi diario en las últimas dos semanas

Durante cuántos días...	En la semana anterior				Últimas dos semanas
	Escasamente (0 a 1 días)	Algo (1 a 2 días)	Ocasional mente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarse la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Se sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Se sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada le hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en sus actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que se movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Se sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerse daño	0	1	2	3	4
16. Se sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto consigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdió peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Le costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarse en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Se molestó por cosas que usualmente no le molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sintió que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Se sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensó que su vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Se sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Se sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Habló menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Se sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfrutó de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Se divirtió mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darse por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Clínica de evaluación Geriátrica
Escala de evaluación del Estado Mental.

Escala breve del estado mental
(Folstein modificado para México)

Nombre _____
evaluación _____
Sexo: (H) _____ (M) _____ Edad _____
Escolaridad en años _____

Fecha de _____

Evaluador _____
Calificación total _____

A continuación se presentan una serie de instrucciones para realizar un examen del estado mental. En todos los casos, las respuestas del sujeto se califican con el número de 1 cuando son correctas y con 0 cuando son incorrectas; la calificación debe de anotarse dentro del paréntesis a la derecha. Al término de cada sección, sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda en cada una de las secciones, **nunca dejar espacios en blanco**. Finalmente sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total y anótelas en el espacio destinado a la calificación total que aparece en la dicha de identificación.

Calificación máxima	Calificación obtenida		De un punto por cada respuesta correcta
Orientación			
5	()	Pregunte <i>¿que fecha es hoy?</i> . Después complete solo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas: <i>¿En que año estamos?</i> <i>¿En que mes estamos?</i> <i>¿Que día del mes es hoy?</i> <i>¿Que día de la semana?</i> <i>¿Que hora es aproximadamente?</i>	() () () () ()
5	()	Pregunte: <i>¿en donde nos encontramos ahora?</i> (Casa consultorio, hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas: <i>¿en que lugar estamos?</i> <i>¿en que país?</i> <i>¿en que estado?</i> <i>¿en que ciudad o población</i> <i>¿en que colonia o delegación?</i>	() () () () ()
3	()	Registro	
		Diga al sujeto la siguiente instrucción: Ponga mucha atención, la voy a decir una lista de palabras y cuando termine quiero que me las repita. Diga clara y lentamente las palabras: flor coche y nariz. Después pida al sujeto repita las tres palabras y califique su ejecución en el primer intento . Cuando el sujeto diga que ha terminado o cuando deje de responder, sin no fué capaz de responder, si no fué capaz de repetir las 3 palabras diga: Nuevamente le voy a decir la misma lista de las tres palabras cuando yo termine repita todas las que recuerde. Esta instrucción deberá presentarse hasta que el sujeto sea capaz de repetir las tres palabras, o bien hasta 6 ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o de veces que presentó la lista para que el sujeto recordara. (Recuerde: la calificación para éste reactivo, se determina por el número de palabras que el sujeto fué capaz de recordar en el primer ensayo).	
		Flor	()
		Coche	()

Calificación máxima	Calificación obtenida	De un punto por cada respuesta correcta
5	()	<p>Atención y cálculo</p> <p>Pida al sujeto: reste de 4 en 4, a partir de 40. Fijese bien, se trata de contar para atrás, restando de 4 en 4 cada vez por ejemplo: 40-4=36; 36-4=32. Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 subtracciones. No debe proporcionar ayuda.</p> <p>28 () 24 () 20 () 16 () 12 ()</p>
3	()	<p>Evocación</p> <p>Pida al sujeto : <i>Repita las tres palabras que le pedí que recordara.</i></p> <p>Flor () Coche () Nariz ()</p>
2	()	<p>Lenguaje</p> <p>Denominación de objetos: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: <i>¿Como se llama esto?</i> Repita lo mismo con una moneda.</p> <p>Reloj () Moneda ()</p>
1	()	<p>Repetición de frases: Diga al sujeto la siguiente instrucción: <i>Le voy a decir una oración, repítala después de mí —pronuncie lenta y claramente—: no voy si tu no llegas temprano (solo un intento).</i> ()</p>
3	()	<p>Comprensión de instrucciones verbales: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pídale al sujeto: <i>Tome la hoja con su mano derecha, después dóblela y tírela al piso (anote punto por cada paso ejecutado correctamente) Tome la hoja de papel...</i></p> <p>Con la mano derecha () dóblela () tírela al piso ()</p>
1	()	<p>Comprensión de lenguaje escrito: Muestre al sujeto la instrucción escrita: <i>cierra sus ojos,</i></p> <p>incluida en éste paquete, Doble previamente la hoja sobre la línea punteada y muestre solamente el letrero.</p> <p>Dígale al sujeto: — Por favor haga lo que dice aquí—. ()</p>
1	()	<p>Escritura: presente al sujeto el reverso de la hoja en la que se encuentra la instrucción escrita. Pídale: <i>escriba en éste espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto y verbo, —no proporcione ayuda—.</i> ()</p>
1	()	<p>Copia de un modelo Muestre al sujeto el modelo de los pentágonos cruzados al</p>

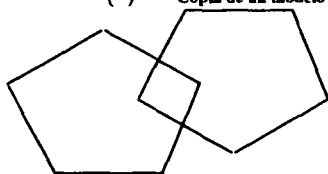


Tabla # 1. Variables sociodemográficas generales de la muestra

Variables	Número	%
Sexo		
Hombres	27	25.96
Mujeres	77	74.04
Edad		
60 a 79	58	55.77
80 y más	46	44.23
Estado civil		
Casado	42	40.38
Soltero o divorciado	9	8.65
Viudo	53	50.96
Escolaridad		
Sin escolaridad	10	9.62
De 1 a 6 años	66	63.46
Más de 6 años	28	26.92

Tabla # 2. Factores de la muestra asociados a depresión

Variables	Número	%
Comorbilidad		
0 a 3	38	36.54
Más de 4	66	63.46
Hospitalización en el último año		
Si	84	80.77
No	20	19.23
MMSE*		
Posible demencia	77	74.04
Posible no demencia	27	25.96
Auto percepción de Salud		
Muy buena o buena	47	45.19
Regular	40	38.46
Mala o muy mala	17	16.35

Nota: MMSE ajustado por escolaridad

Tabla # 3. Análisis de tabulación cruzada y Chi cuadrada de variables sociodemográficas y factores asociados para CES-D-R.

		Depresión	No Depresión	Chi cuadrada	P
	Total	%	%		
Edad	60 - 79	32.7	67.3	0.68	0.4
	80 y más	29.3	70.7		
		37	63		
Género	Hombres	25.9	74.01	0.75	0.38
	Mujeres	35.1	64.9		
Edad Y Género	H 60 - 79	18.8	81.3	1	0.5
	H 80 y más	36.4	63.6		
	M 60 - 79	33.3	63.7		
	M 80 y más	37.1	62.9		
Escolaridad	Analfabeta	60	40	4.1	0.1
	1 - 6 años	31.8	63.2		
	> 6 años	25	75		
Comorbilidad	0 - 3	18.4	81.6	5.5	-0.05
	> 4	40.9	59.1		
Hospital último año	Si	30	70	0.08	0.7
	No	33.3	66.7		
MMSE	Ps. Demencia	51.9	48.1	6.08	-0.05
	No Demencia	26	74		
Auto percepción de Salud	MB - B	19.9	80.9	7.2	-0.05
	Regular	42.5	57.5		
	M - MM	47.1	52.9		
Antecedente de Depresión	Si	22.2	77.8	7.96	-0.01
	No	48.8	51.2		

MMSE: Minimental, Ps: Posible, MB: Muy buena, B: Buena, M: Mala MM: Muy mala

Tabla # 4. Análisis de tabulación cruzada y Chi cuadrada de variables sociodemográficas y factores asociados para GDS.

		Depresión	No Depresión	Chi cuadrada	P
		%	%		
Edad	Total	64.4	35.6	0.02	0.8
	60 - 79	63.8	36.2		
	80 y más	65.2	34.8		
Género	Hombres	37	63	11.9	-0.01
	Mujeres	74	26		
Edad Y Género	H 60 - 79	31.3	68.7	0.5	0.4
	H 80 y más	45.5	54.5		
	M 60 - 79	76.2	23.8	0.2	0.6
	M 80 y más	71.4	28.6		
Escolaridad	Analfabeta	90	10	5.5	0.06
	1 - 6 años	66.7	33.3		
	> 6 años	50	50		
Comorbilidad	0 - 3	60.5	39.5	0.4	0.5
	> 4	66.7	33.3		
Hospital último año	Si	65	35	0.004	0.9
	No	64.3	35.7		
MMSE	Ps. Demencia	74	26	1.5	0.2
	No Demencia	61	39		
Autopercepción de Salud	MB - B	48.9	51.1	9.25	-0.05
	Regular	75	25		
	M - MM	82.4	17.6		
Antecedente de Depresión	Si	82.9	17.1	10.11	-0.01
	No	52.4	47.6		

MMSE: Minimental, Ps: Posible, MB: Muy buena, B: Buena, M: Mala MM: Muy mala

Tabla # 5. Análisis de tabulación cruzada y Chi cuadrada de variables sociodemográficas y factores asociados para DSM-IV.

		Depresión	No Depresión	Chi cuadrada	P
		%	%		
Edad	Total	44.2	55.8	0.8	0.3
	60 - 79	48.3	51.7		
	80 y más	39.1	60.9		
Género	Hombres	18.5	81.5	9.7	-0.01
	Mujeres	53.2	46.8		
Edad Y Género	H 60 - 79	18.8	81.2	0.001	0.9
	H 80 y más	18.2	81.8		
	M 60 - 79	59.5	40.5	1.4	0.2
	M 80 y más	45.7	54.3		
Escolaridad	Analfabeta	60	40	1.3	0.5
	1 - 6 años	40.9	59.1		
	> 6 años	46.4	53.6		
Comorbilidad	0 - 3	36.8	63.2	1.32	0.2
	> 4	48.5	51.5		
Hospital último año	Si	35	65	0.8	0.3
	No	46.4	53.6		
MMSE	Ps. Demencia	59.3	40.7	3.3	0.06
	No Demencia	39	61		
Auto percepción de Salud	MB - B	25.5	74.5	14.9	-0.01
	Regular	52.5	47.5		
	M - MM	76.5	23.5		
Antecedente de Depresión	Si	70.7	29.3	19.2	-0.01
	No	27	73		

MMSE: Minimental, Ps: Posible, MB: Muy buena, B: Buena, M: Mala MM: Muy mala

Tabla # 6. Prevalencia de depresión en la muestra según la versión revisada del CES-D.

	Característica	Sin síntomas clínicos (n=43)	Síntomas sub-umbral de episodio (n=20)	Posible episodio de depresión mayor (n=8)	Probable episodio de depresión mayor (n=9)	Con síntomas clínicos de episodio (n=24)
Edad	60 - 79 años	24	13	5	5	11
	80 y más	19	7	3	4	13
Sexo	Hombres	17	5	2	1	2
	Mujeres	26	15	6	8	22
Edad y sexo	Hombres 60 -79 años	11	3	2	0	0
	Hombres 80 años y más	6	2	0	1	2
	Mujeres 60 -79 años	13	10	3	5	11
	Mujeres 80 años y más	13	5	3	3	11

Tabla 7. Modelo de Regresión Logística de las variables sociodemográficas y factores asociados para CES-D-R.

CES-D-R	B	S.E	P	OR	Intervalo de Confianza 95%	
					Inferior	Superior
Cuadros depresivos Previos	- 1.2	0.46	0.007	0.28	0.11	0.71
Comorbilidad	- 1.11	0.51	0.031	0.32	0.11	0.90
MMSE	- 1.22	0.50	0.015	0.29	0.10	0.79

Tabla 8. Modelo de Regresión Logística de las variables sociodemográficas y factores asociados para GDS

GDS	B	S.E	P	OR	Intervalo de Confianza 95%	
					Inferior	Superior
Género	- 1.39	0.52	0.007	0.24	0.08	0.69
Cuadros depresivos Previos	- 1.62	0.57	0.005	0.19	0.06	0.61
Escolaridad (1)	2.9	1.24	0.019	18.50	1.6	212.5
Escolaridad (2)	1.12	0.56	0.046	3.0	1.01	9.25

Nota: GDS (Geriatric Disease Scale), Escolaridad (1): Analfabetismo, Escolaridad (2): Hasta 6° de primaria

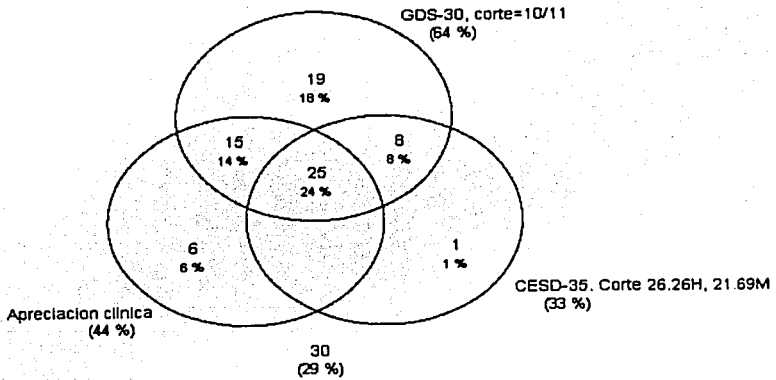
Tabla 9. Modelo de Regresión Logística de las variables sociodemográficas y factores asociados para DSM-IV

DSM-IV	B	S.E	P	OR	Intervalo de Confianza 95%	
					Inferior	Superior
Edad	1.4	0.58	0.014	4.1	1.3	12.9
Género	- 1.4	0.66	0.03	0.23	0.06	0.87
Cuadros depresivos Previos	- 2.2	0.59	0.002	0.10	0.03	0.33
MMSE	- 1.8	0.66	0.006	0.16	0.04	0.60
Auto percepción de Salud	- 2.5	0.93	0.005	0.7	0.01	0.47

Fig. 1

Venn Diagram

N = 104



28 Jun 2002

% of total

File: C:\depression\cesd-1\unn\yun20-all.dta (28 Jun 2002)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. BRIGGS R. Biological ageing. In: Bond J, Coleman P, Peace S eds. Ageing in society: An introduction to social gerontology. London: Sage, 1993: 53-67.
2. DAVID B. REUBEN, MD THOMAS T. YOSHIKAWA, MD RICHARD W. BESDINE, MD Depression and other Mood Disorders. GERIATRICS REVIEW SYLLABUS Third Edition 1996; Part IV: 183-218.
3. BLAZER, D (1993). Depression in Late Life. (2nd ed.). St. Louis: CV Mosby.
4. J Natl Med Assoc. 1991;83:340-344.
5. BERKMAN LF, BERKMAN CS, KASL S. Freeman DH, LEO L. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. Am J Epidemiol 1986; 124: 372-388.
6. FERNANDO A. WAGNER, M.P.H. JOSEPH J. GALLO, M.D.,M.P.H., JORGE DELVA, Ph.D. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? Salud Pública Mex 1999;41:189-202.
7. JOANNE GREEN, Neuropsychological Evaluation of the Older Adult 2000; 169-180.
8. GROSSBERG GT, NAKRA R: The Diagnostic dilemma of depressive pseudodementia. En Central Nervous System Disorders of Aging: Clinical Implications and Research. Strong R y cols. Raven Press, New York 1988; 107-115.
9. DAN G. BLAZER, CELIA F. HYBELS, CARL F. PIEPER. The Association of Depression and Mortality in Elderly Person: A Case for Multiple, Independent Pathways Journal of Gerontology 2001, Vol. 56A, No.8, M505-M509.

10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition*. American psychiatric Association. Washington D.C., 1994.
11. HEEREN TH, LAGAAY AM, BEEK WCA, ET AL. Reference values for the mini-mental state examination (MMSE) in octo- and nonagenarians. *JAGS* 1990; 38:1093-1096.
12. YESAVAGE JA, BRINK TL. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. *J. Psychiat. Res.* 1983; 17:37-49.
13. BLADWIN RC. *Depression in the elderly*. *The British Journal of psychiatry* Vol.170(3) March 1997 pp 292-95.
14. BRINK TL, YESAVAGE JA, LUM O. *Screening tests for geriatric depression*. *Clinical Gerontologist* 1982; 1:37-43.
15. ZUNG WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12:63-70.
16. HAMILTON M. *A rating scale for depression*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
17. ZITMAN FG, MENEEN MFG, GRIEZ E, ET AL. *The different versions of the Hamilton Depression Rating Scale*. In: *Bech P, Coppen A, eds. The Hamilton scales*. New York: Springer-Verlag, 1990:28-34.
18. ROJAS-CASAS GC. La evaluación de la validez de la escala de depresión geriátrica (GDS) y la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1991.
19. EATN W., MUNTANER C., SMITH C., *Revision of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale*. Johns Hopkins University. Prevention Center, 1998.

20. RADLOFF LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement* 1997;1:385-401.
21. YESAVAGE JA and BRINK TL. The geriatric depression scale. In: MaDowell I; Newell Claire. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires.* New York Oxford University Press; 1996.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. CH-1211, Geneva, 1992.
23. FERNANDO A. WAGNER. MA CARMEN GARCÍA. Actualización de la Escala de Depresión del centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en Poblaciones Geriátricas Mexicanas. Un Estudio Piloto – En vías de publicación.
24. GALLO JJ, COYNE JC. The challenge of depression in late life. Bridging science and service in primary care. *JAMA* 2000;284:1570-1572.
25. ORMEL J, VONKORFF M, UTSUN TB, PINI S, KORTEN A, OLDEHINKEL T. *Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care.* *JAMA* 1994; 272:1741-1748.
26. SARTORIUS N, ÜSTÜN TB, LECRUBIER Y, WITTCHEM HU (1996). *Depression co morbid with anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care.* *Br J Psychiatry* 1996;168(suppl)30:38-43.
27. PFEIFFER E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatrics Soc* 1975; 23:433-4.
28. TOMBAUGH TN, MC INTYRE NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *JAGS* 1992; 40:922-935.

29. STATA CORPORATION. Stata Statistical Software. Release 7.0. Reference Manual. Texas: Stata Press, 2001.
30. SPSS INC. SPSS para Windows. Versión 10.0. Syntax Reference Guide. Illinois, 1999.
31. LAURITSEN JM, BRUUS M, MYATT M. EpiData. Version 2.0. <http://www.epidata.dk>, 2000.
32. COBB JL, D'AGOSTINO RB, Wolf PA. Norms for the mini-mental state examination (letter). JAMA 1993; 270:2178.
33. CRUM RM, ANTHONY JC, BASSETT SS, FOLSTEIN MF. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. JAMA 1993; 269:2386-239.
34. CUMMINGS JL. Mini-mental state examination: norms, normal, and numbers JAMA 1993; 269:2420.
35. FOLSTEIN MF, FOLSTEIN S, MCHUGH PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of the patient for the physician. J Psychiat Res 1975; 12:189-198.
36. WEISS IK, NAGEL CL, ARONSON MK. Applicability of depression scales to the old person. J Am Geriatrics Soc 1986; 34:215-218.
37. LESHER EL, BERRYHILL JS. Validation of the Geriatric Depression Scale – Short Form among inpatients. J Clin Psychol 1994;50:256-260.
38. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, et al An Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-571.

39. BECK AT. STEER RA. GARBIN MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory twnty five years of evaluation. Clin Psychol Rev 1988;8:95-100.