



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 TRONCOSO

DETECCION DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU ASOCIACION CON ENFERMEDADES CRONICO  
DEGENERATIVAS

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A**

DRA. JULIA ANDREA ZARATE ROQUE

**ASESORES**

DRA. ANA MARIA MEZA FERNANDEZ

MÉXICO, D. F. 2008



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.

## **Dedicatorias y agradecimientos:**

### **A Dios:**

Por ser siempre mi compañía, consuelo y demostrarme su amor con una vida llena de bendiciones.

### **A mis queridos Padres:**

Andrea y Juan Manuel por su apoyo brindado, amor, comprensión y ser la fuerza que impulsa mi vida, a pesar de la distancia siempre están conmigo incondicionalmente en cada paso que doy.

### **A mis hermanas:**

Estrella y Mónica por su apoyo y cariño que me brindan todos los días.

### **A José Francisco:**

Por estar a lo largo de tantos años conmigo, por tu apoyo y espera.

### **A mi amiga Paty y esposo:**

Por brindarme su valiosa amistad y compañía.

### **A mis Maestros y Asesores**

Por compartir conmigo sus conocimientos, por su disposición y ayuda brindada

**AUTORIZACION**

---

**DR JOSE ANTONIO MATA MARTINEZ**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE UMF 21 IMSS

---

**DR CESAR G WILLIAMS ZARATE**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

UMF 21 IMSS

---

**DR JORGE MENES GARDUÑO**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION

EN MEDICINA FAMILIAR UMF21 IMSS

---

**DRA. ZARATE ROQUE JULIA ANDREA**

MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

## INDICE

1.-PORTADA.....	1
1.1 DEDICATORIAS.....	2
1.2 AUTORIZACIONES.....	3
2.-INDICE.....	4
3.- INTRODUCCION.....	5
3.1 RESUMEN.....	6
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
5.- ANTECEDENTES.....	8
6.- OBJETIVOS.....	13
6.1 HIPOTESIS.....	14
7.- DISEÑO METODOLOGICO.....	15
8.-RESULTADOS Y ANALISIS.....	22
8.1 DISCUSION.....	30
9.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	31
10.- ANEXOS.....	33
11.- BIBLIOGRAFIA.....	37

## **INTRODUCCION**

Las patologías psicogeríátricas han adquirido una gran relevancia en la actualidad, estableciendo un reto muy importante para el médico familiar; entre estas enfermedades los trastornos afectivos ocupan uno de los tres problemas prioritarios en esta área, seguido de las demencias, el consumo en exceso de alcohol y medicamentos; entre los trastornos afectivos el síndrome de depresivo es con mucho el más frecuente, sin embargo comúnmente no es detectado y como consecuencia no tratado, esta dificultad por el diagnóstico radica en la falsa idea de que envejecer es sinónimo de depresión, aislamiento, inmovilidad, desaliento, etc. Desafortunadamente estos obstáculos provocan que la enfermedad pase inadvertida privando al anciano de la oportunidad que tiene para realizar una vejez sana y productiva.

La depresión es el problema más frecuente en los sujetos mayores de 65 años, en este grupo de edad la prevalencia es de 15 a 20% en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40% en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino. En la actualidad se considera un problema de salud pública con serias implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de los ancianos que la padecen.

La presencia de comorbilidad médica crónica aumenta la prevalencia de alteraciones en el estado de ánimo a corto plazo de 5.8 a 9.4% y a largo plazo de 8.9% a 12.9%. En el caso de algunas enfermedades, la presencia de depresión puede empobrecer su pronóstico.

## RESUMEN

Autores: Dra. Julia Andrea Zárate Roque, Dra. Ana María Meza Fernández, Dr. Oscar Meneses Luna.

**Antecedentes:** La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica ya que produce un alto grado de incapacidad que aumenta la mortalidad (directa o indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades). Altera la calidad de vida del paciente y es, además un problema social y de salud pública. Puede malinterpretarse como envejecimiento normal, con lo anterior se pone de manifiesto que en la consulta del adulto mayor se debe pensar en el diagnóstico de depresión como parte de la atención médica y buscarlo en forma intencionada. En las Unidades de Atención Primaria juega un papel importante el médico familiar para la detección, el diagnóstico, valoración y tratamiento de la depresión. **Objetivos:** Identificar a los adultos mayores con depresión que acuden a consulta de la UMF no 21 a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. -Identificar la o las enfermedades crónico degenerativas asociadas a los adultos mayores que presentaron depresión a través de los antecedentes en la historia clínica.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se llevó a cabo el estudio en la UMF 21 del IMSS en México D.F., en pacientes de ambos sexos de 60 años y más, derechohabientes de la Unidad, que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar, se les aplicó la escala de Yesavage para evaluar la depresión, durante los meses de septiembre y octubre del 2007

**Resultados:** Se detectó depresión en un 33% de la población estudiada, con mayor frecuencia en el sexo femenino en 26 casos (21.7%) depresión leve y en 3 (2.5%) depresión grave. De los adultos mayores con depresión se encontró una comorbilidad con enfermedades crónico degenerativas (como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, cardiopatías en orden de frecuencia) con un promedio de 11 %.

**Conclusiones:** Existe comorbilidad entre enfermedad crónico degenerativa y depresión de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio. Que la mayor prevalencia de depresión fue en el sexo femenino. La escala de depresión de Yesavage es de fácil aplicación, además de tener una sensibilidad del 92% y la especificidad fue del 89% para la depresión.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica ya que produce un alto grado de incapacidad que aumenta la mortalidad (directa o indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades). Altera la calidad de vida del paciente y es, además un problema social y de salud pública. Cuando la depresión de un anciano se manifiesta únicamente mediante síntomas somáticos y cognitivos, puede malinterpretarse como envejecimiento normal, con lo anterior se pone de manifiesto que en la consulta del adulto mayor se debe pensar en el diagnóstico de depresión como parte de la atención médica y buscarlo en forma intencionada. Con el aumento de la población geriátrica y de las enfermedades crónicas es de esperarse que aumente su prevalencia, se ha visto que la depresión es una comorbilidad que tiene un mayor efecto negativo en el estado de salud, por lo que si hay asociación con otra enfermedad acentúa más el efecto negativo de la enfermedad, y esto causa que aumente la mortalidad.

En la UMF No 21 se cuenta con una población de 141304 derechohabientes, el 23.3% (32932) corresponden a los adultos mayores de 60 años y más, sin embargo en el diagnóstico de salud de la Unidad, la depresión en el adulto mayor no aparece como causa de morbilidad. En las Unidades de Atención Primaria juega un papel importante el médico familiar para la detección, el diagnóstico, valoración y tratamiento de la depresión, ya que a través del uso de instrumentos de evaluación de fácil aplicación puede detectarse en etapas tempranas, e iniciar tratamiento y de ser necesario referir en forma oportuna al paciente que lo requiera a un segundo nivel de atención.

Si nos basamos en lo anterior, nos podríamos preguntar:

**¿Cuál es la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas en adultos mayores con depresión adscritos a la UMF 21 del IMSS?**

## **ANTECEDENTES:**

La palabra depresión deriva de la palabra latina depressio que significa hundimiento, concavidad. <sup>(1)</sup> La depresión se define como un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser <sup>(2)</sup>.

La primera descripción en inglés, que se hace de la depresión, corresponde al libro del Robert Burton (1577-1640) Anatomía de la Melancolía el cual se publica en 1621. Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue él quien describió a la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes de forma longitudinal, por años, y de esta manera pudieron correlacionar los estados de melancolía y manía. Kraepelin fue quien hizo la separación de los tres grandes grupos de trastornos que llenaban los manicomios entonces: esquizofrenias (Dementia Praecox); Demencias y Enfermedad maniaco-Depresiva<sup>(3)</sup>. La depresión es un síndrome con alto índice de frecuencia en la consulta diaria. Se considera actualmente que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general uno padece depresión <sup>(4)</sup> Se calcula la prevalencia de depresión en la tercera edad entre un 10 y un 20%, aunque este porcentaje puede llegar hasta un 54% en pacientes con alguna enfermedad crónica no transmisible <sup>(5)</sup> El informe Mundial sobre la salud de 2001, refiere que la prevalencia de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y 3.2% en mujeres. En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo.<sup>(6)</sup> En el servicio de Psiquiatría del Hospital español de la ciudad de México, el diagnóstico de depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás y alcanzó una prevalencia del 66% entre la población que acude a tratamiento, en los Servicios de Medicina Interna y en las salas de pacientes crónicos se encontró un porcentaje del 38% y 48%, respectivamente.

En relación con el primer nivel de atención en México (Padilla y Peláez, 1985)

sobre detección de trastornos emocionales fue del 51% en un Centro de Salud, 43% en una Unidad de Medicina Familiar y 34% en un Hospital General, lo cual indica que en promedio, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal. Particularmente a partir de 1980, se han identificado, entre otros, 20 estudios, en los cuales se utilizaron criterios del DSMIII, DSM III-R y de la CIE-10 para estimar la depresión mayor, la distimia y otros trastornos afectivos. Estos coincidieron en que la prevalencia de la depresión mayor, al momento de la entrevista era de 3%. En lo que respecta a los sujetos con trastornos afectivos, en comorbilidad con otras alteraciones, ellos están más seriamente afectados, padecen más síntomas que tardan más en desaparecer, tienen un índice más alto de intentos de suicidio y buscan tratamiento con más frecuencia.<sup>(7)</sup> La OMS(Organización Mundial de la Salud y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) definen a un adulto mayor funcionalmente sano como aquel anciano que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. El adulto mayor según la OMS es aquella persona mayor de 60 años en países en desarrollo y de 65 años y más años en países desarrollados, independientemente del estado de salud en el que se encuentren <sup>(8).</sup>

La depresión es el problema más frecuente en los sujetos mayores de 65 años. En la actualidad se considera un problema de salud pública con serias implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de los ancianos que la padecen. El anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte; acude mayor número de veces a los servicios de atención de primer nivel, y en aquellos que se encuentran hospitalizados, con frecuencia complica y prolonga la estancia hospitalaria, aumentando así el costo de la atención. La depresión en el paciente geriátrico es también una causa común de polifarmacia; alrededor de 65% de los pacientes deprimidos reciben cinco o más medicamentos que los pacientes no deprimidos. Por desgracia, es difícil que se llegue a establecer el diagnóstico de depresión en los ancianos, y es aún más difícil que reciban un tratamiento antidepresivo adecuado. Los porcentajes más altos de detección en atención de primer nivel llegan a ser de 26% con una media de 10%, solo reciben un

tratamiento antidepressivo adecuado, en 34% es inadecuado y 55% no lo reciben. Los pacientes ancianos tienden a reportar más síntomas somáticos que afectivos (depresión sin tristeza); otros síntomas, como apatía, pérdida de interés, fatiga y trastorno del sueño, son el común denominador de este padecimiento<sup>(9)</sup>. La discapacidad causada por las enfermedades crónicas predispone a la desmoralización y/o depresión de manera inversa, la depresión puede agravar o amplificar la discapacidad médica previamente existente. <sup>(10)</sup> La prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades médicas se estima en promedio en 15%- 20% de los casos <sup>(11)</sup> La depresión es muy prevalente y se asocia a mayor invalidez, puesto que en varios estudios se demostró que los pacientes con enfermedades crónicas tienen más riesgo de estar deprimidos. Con el aumento de la población geriátrica y de las enfermedades crónicas, es esperable que esta patología aumente su prevalencia la depresión es una comorbilidad que tiene mayor efecto negativo en el estado de salud, que las demás enfermedades crónicas analizadas y que la presencia de depresión sola y la asociación con la diabetes acentuó el efecto negativo.

Por lo tanto, es fundamental el diagnóstico y tratamiento de la depresión para disminuir la invalidez de los pacientes con enfermedades crónicas y mejorar el estado de salud de la población en general <sup>(12)</sup>. En el caso de algunas enfermedades, la presencia de depresión puede empobrecer su pronóstico, por ejemplo, en el infarto al miocardio se asocia a un nuevo infarto o a muerte prematura; en la enfermedad coronaria la comorbilidad con depresión eleva la prevalencia de taquicardia ventricular y de alteraciones en la frecuencia cardíaca, ambos factores aumentan el riesgo de muerte súbita. En pacientes cardiopatas deprimidos ambulatorios se ha descrito un riesgo de mortalidad hasta del doble que en pacientes no deprimidos. Existen numerosos reportes que han probado que la evolución de un paciente que lucha contra la enfermedad con esperanza es mejor que aquellos con deseos de morir o que se derrotan. En la bioquímica de la depresión existen numerosas sustancias implicadas, tales como la norepinefrina, la serotonina, la dopamina y la acetilcolina. La hipótesis catecolaminérgica de los trastornos afectivos en 1960 abrió una puerta a la investigación en psiquiatría. En ella se habla de que la depleción de estas sustancias genera síntomas depresivos, por ejemplo en el

caso de la noradrenalina (NA), donde lo contrario generaría síntomas maníacos.<sup>(13)</sup> El efecto combinado de la comorbilidad, sobre todo neurológica, la alteración de neurotransmisores, la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, alteraciones en los ritmos circadianos, el efecto de fármacos y los eventos estresantes en la vida del anciano (pérdidas, mala red de apoyo familiar, etc.) ha sido involucrado en su etiología. En el anciano los cambios estructurales y bioquímicos condicionados por enfermedades neurológicas son capaces de condicionar un trastorno depresivo.<sup>(14)</sup> El diagnóstico de la depresión es clínico, a través de los síntomas (anexo 1) y signos que se recopilan en el examen médico-psicológico. La revisión de los síntomas presentes, el análisis del estilo de vida del paciente y de los antecedentes médicos y psiquiátricos permiten establecer un diagnóstico muy exacto. Se debe incluir una exploración neurológica completa<sup>(15)</sup>. Con base en la epidemiología de los síntomas afectivos, se han elaborado instrumentos auxiliares para el diagnóstico de la depresión en esta población. Entre ellos se encuentra la Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, Yesavage 1983), un instrumento cuya versión breve se puede aplicar en el consultorio en cinco minutos<sup>(16)</sup>. Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0.84$ ,  $p < 0.001$ ) (Sheikh & Yesavage, 1986), este consta de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana, la puntuación es: No depresión 10-19 puntos, Depresión moderada 0-9 puntos, Depresión severa 20-30 puntos<sup>(17)</sup>

La piedra angular en el manejo de la depresión mayor es el tratamiento farmacológico. Los objetivos del tratamiento son: adquirir la remisión completa de los síntomas depresivos, prevenir la recaída, evitar la recurrencia, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor. Sin tratamiento, la depresión en el paciente anciano se convierte en un padecimiento crónico que de forma independiente impacta en la morbilidad y mortalidad. La tasa de recurrencia acumulada se calcula de 30% a dos años y de 85% a cinco años <sup>(18)</sup>. La presencia de múltiples comorbilidades es la regla, más que la excepción en los padecimientos geriátricos. Varios estudios nos muestran que la depresión es más común en población geriátrica en el ambiente médico que en la comunidad. <sup>(19)</sup> Con este estudio pretendo dar a conocer en la UMF 21 del IMSS la escala de depresión geriátrica de Yesavage ya que es una de las más utilizadas para la detección de depresión en el paciente geriátrico en el primer nivel de atención, que es de gran importancia detectarla a tiempo para así dar un tratamiento oportuno, disminuir la morbimortalidad y ofrecerles una mejor calidad de vida.

## **OBJETIVOS**

1. Identificar a los adultos mayores con depresión que acuden a consulta de la UMF no 21 a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
2. Identificar la o las enfermedades crónico degenerativas asociadas a los adultos mayores que presentaron depresión a través de los antecedentes en la historia clínica.

**Hipótesis:** no requiere, sin embargo se planteó la siguiente hipótesis de trabajo:

Las enfermedades crónico degenerativas prevalecen en adultos mayores con depresión

## DISEÑO METODOLOGICO

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo.

Transversal: porque la medición de las variables fue en un solo corte de tiempo.

Observacional: ya que sólo se describió la frecuencia encontrada en la consulta externa de depresión y de algunas enfermedades crónico degenerativas, y no se manipuló ninguna variable independiente.

Descriptivo: el estudio sólo cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables, no hubo un grupo control.

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Ambito geográfico en el que se desarrolla la investigación

Se llevó a cabo el estudio en la UMF 21 del IMSS ubicado en Francisco del paso y Troncoso número 281. Col. Jardín Balbuena. Código postal 15900, Delegación Venustiano Carranza, México D.F.

Población

Se realizó con pacientes de ambos sexos de 60 años y más, derechohabientes de la Unidad, que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### **De inclusión:**

Pacientes mayores de 60 años que acudan a la consulta externa en forma espontánea a la UMF No 21 del IMSS.

De ambos sexos

Que firmaron la carta de consentimiento informado (anexo 3)

Que contestaron en su totalidad la escala de depresión de Yesavage.

### **Criterios de exclusión:**

Analfabetas

Que cursen con alguna enfermedad auditiva y visual

Alteraciones neurológicas

Los que se nieguen a contestarlo

### **Criterios de eliminación:**

Que no acepten firmar la carta de consentimiento informado

Los que no contesten completo el cuestionario

Los que durante el estudio sean dados de baja

## PERIODO DE ESTUDIO

Del 1 de Marzo del 2007 al 30 de Noviembre del 2007

## VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
DEPRESION	un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser.	Pacientes que reúnan la puntuación según la escala de puntuación geriátrica de Yesavage	cualitativa	Nominal	Sin depresión: 0 a 10  Depresión leve: 11 a 20  Depresión grave >20
ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA	Estado mórbido de más de 6 meses de evolución que se relaciona con un proceso degenerativo.	Si fue referida que la presenta por el Adulto Mayor y se corroboró en expediente clínico	cualitativa	nominal	1.-diabetes mellitus  2.-hipertensión arterial  3.-obesidad  4.-cardiopatías  5.- otras
EDAD	Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha del estudio	Se preguntó el año de nacimiento	cuantitativa	ORDINAL	Años cumplidos
SEXO	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra	El anotado en el expediente	cualitativa	Nominal	Masculino o femenino.

## **DESCRIPCION METODOLOGICA**

Se acudió a ARIMAC (área de Registro, Informática Médica y Archivo Clínico) de la UMF 21 donde se obtuvo el total de la población de adultos mayores con lo que se determinó el Universo de estudio y se estimó el tamaño de la muestra.

Se entrevistaron a los adultos mayores que acudieron a la consulta externa de la UMF 21 del IMSS durante los meses de septiembre y octubre del 2007. Se les solicitó participar en el estudio pidiendo su autorización a través de la carta de consentimiento informado (anexo 3), posteriormente se les aplicó la escala de Yesavage para evaluar la depresión, cabe mencionar que esta escala evalúa la última semana anexo (2y3). También se obtuvo información de las enfermedades crónico degenerativas que padecían a través del interrogatorio directo el cual se corroboró con el expediente clínico. Con la escala de depresión geriátrica de Yesavage se obtuvieron resultados de adultos mayores que padecen depresión ya sea leve o grave, o quienes no tuvieron. Esta escala ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores.

Una vez obtenidos los resultados se vaciaron los datos y se procedió al análisis estadístico.

## DISEÑO ESTADISTICO

La determinación del tamaño de la muestra, se realizó con la fórmula de proporciones para una población finita o sin reemplazo ya que se conoce el número total de pacientes adscritos a la UMF 21 el cual es de 141304 derechohabientes, de los cuales 32932 corresponden a los adultos mayores de 60 años y mas esto representa el 23.3% que asisten a la Consulta Externa, la inferencia que será realizada será de estimación, y se empleara como parámetro en proporción en este estudio la variable de interés se encuentra en una escala nominal, por lo que no se aplica la variabilidad de la medición, por los que se aplicara la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{d^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

En donde:

N= Fue el total de individuos que componen la población de adultos mayores de la UMF 21, es empleada cuando se utiliza población finita y sin reemplazo.

Z= Es el área bajo la curva de lo normal, para un alfa de 0.05%

P= Es el promedio de los casos encontrados en la bibliografía.

Q= Es la contraparte de la proporción del promedio de la frecuencia de depresión encontrada en los adultos mayores y es igual a 1-P

d = Es el error estándar o margen de error. Se determinó arbitrariamente

N: 32932

Z: 1.96

P: 0.2

Q: 0.8

d: 0.08

d2: 0.0064

Z2: 3.84

$$n = \frac{32932(3.84)(0.20)(0.8)}{0.0064(32931) + (3.84)(0.2)(0.8)}$$

N= 20233.4208

210.7584+0.6144

N=20233.4208 =95.72

211.3728

Resultado: 95.72 pacientes.

Más el 10% de reserva = 9.6 pacientes.

El tamaño de la muestra fue de 120 pacientes adultos mayores los cuales se tomaran de los pacientes que acudan a la consulta externa.

Una vez realizadas las aplicaciones de los instrumentos, se conformó una base de datos por medio del tabulador EXCEL y se procedió al análisis de los resultados, Se utilizó el paquete estadístico de G-stat student con medidas de tendencia central y análisis de correlación.

## **BIOÉTICA, ASPECTOS LEGALES Y NORMAS INSTITUCIONALES**

Toda la información obtenida tuvo un carácter confidencial; cumpliendo con lo establecido en las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica. No se aplicó ningún procedimiento que ponga en peligro la integridad del derechohabiente. Lo anterior, en base a la Declaración de Helsinki, en la que se orienta a los médicos a la realización de investigaciones médicas en seres humanos y tomando en cuenta, también la Declaración de Ginebra que especifica la importancia que tiene que velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente.

Los resultados y conclusiones de esta investigación se presentarán en las sesiones generales de la Unidad de Medicina Familiar 21, así también en los foros regionales y nacionales a los que seré invitada.

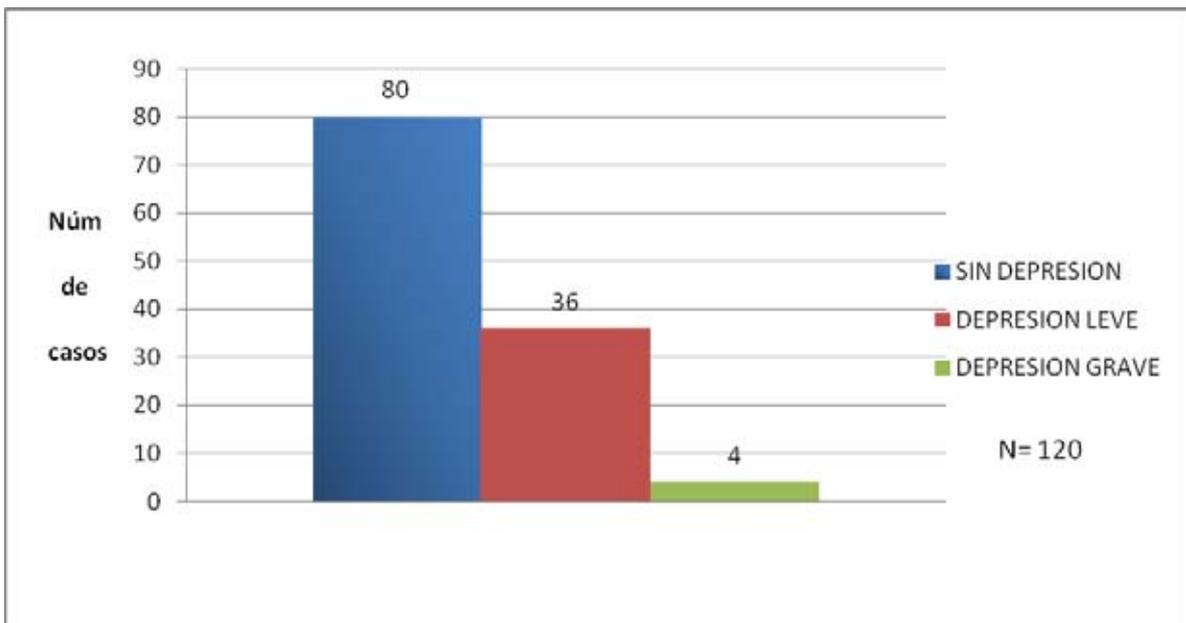
El presente estudio fue aprobado por el comité de investigación de la UMF 21 otorgándome el folio -----

**ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS:**

Gráfica 1

**CASOS DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES**

UMF 21 DEL IMSS 2007

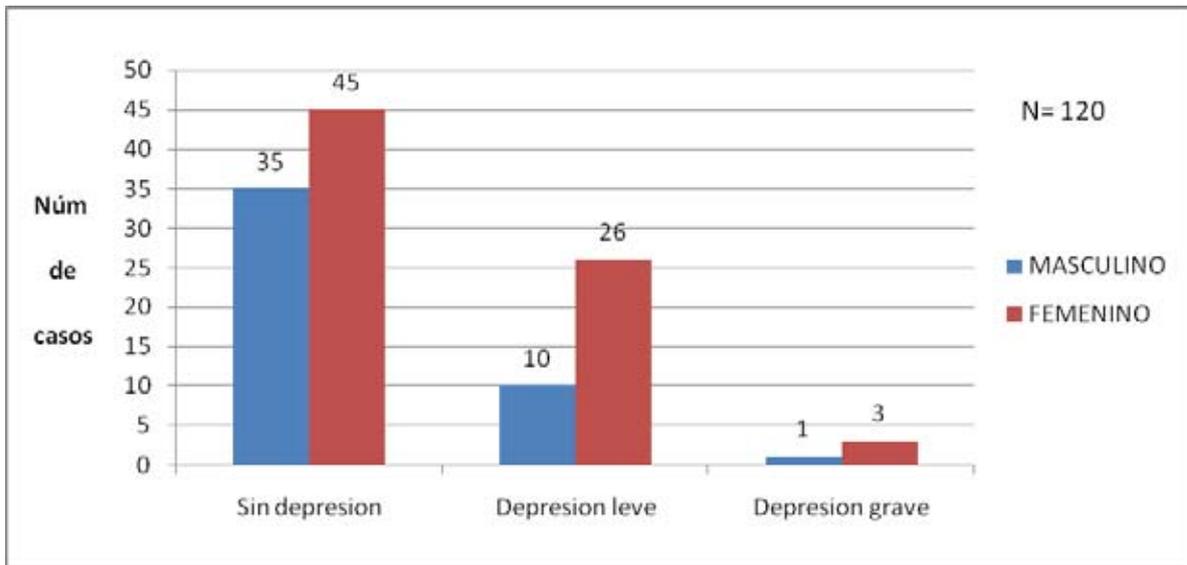


Se detectó depresión sólo en 40 de los 120 adultos mayores encuestados que corresponde a un 33% de la población estudiada. (Gráfica 1)

Grafica 2

CASOS DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES POR SEXO

UMF 21 DEL IMSS 2007

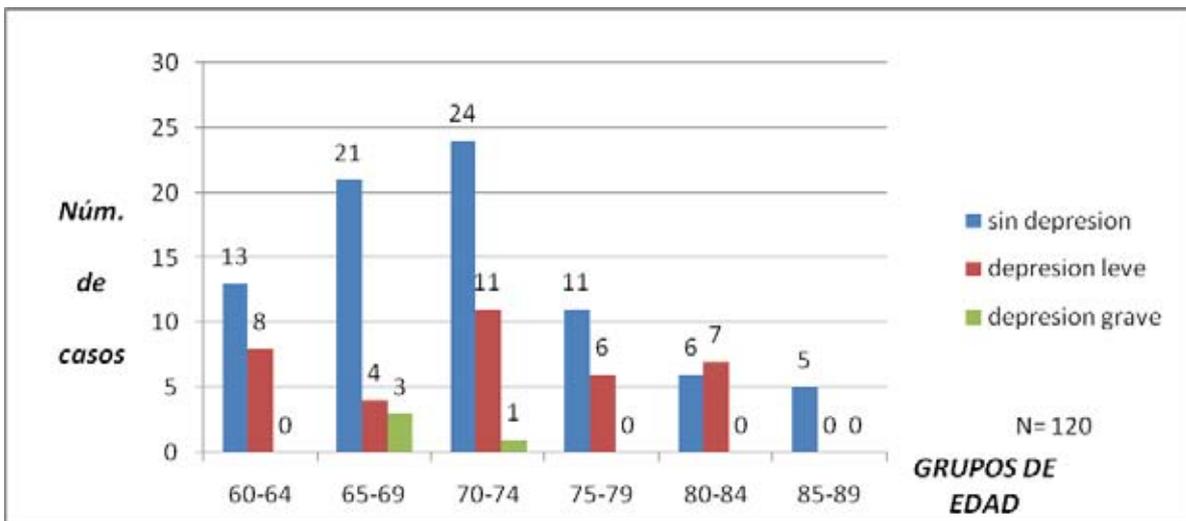


De los casos de depresión la encontramos con mayor frecuencia en el sexo femenino en 26 casos (21.7%) depresión leve y en 3 (2.5%) depresión grave, a diferencia del sexo masculino que fue menor y estos resultados coinciden con los estudios previos (Grafica 2)

Grafico 3

CASOS DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE EDAD

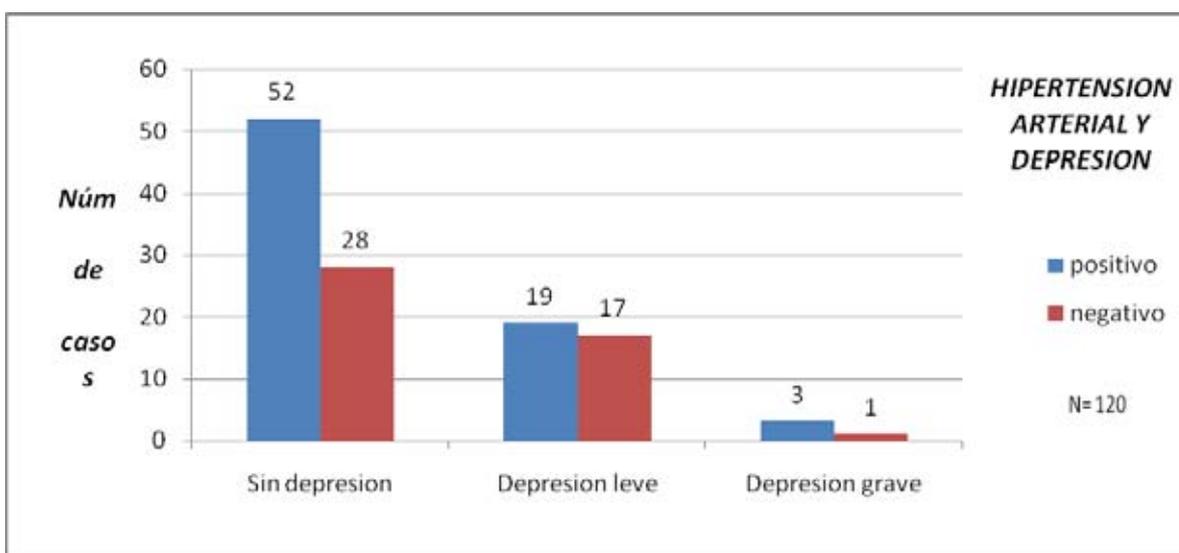
UMF 21 DEL IMSS 2007



La depresión se presentó más en el grupo de edad de 70-74 años, esto no indica que sea el grupo más vulnerable para presentarla. (Gráfica 3)

Grafico 4

CASOS DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES E HIPERTENSION  
ARTERIAL UMF 21 DEL IMSS 2007

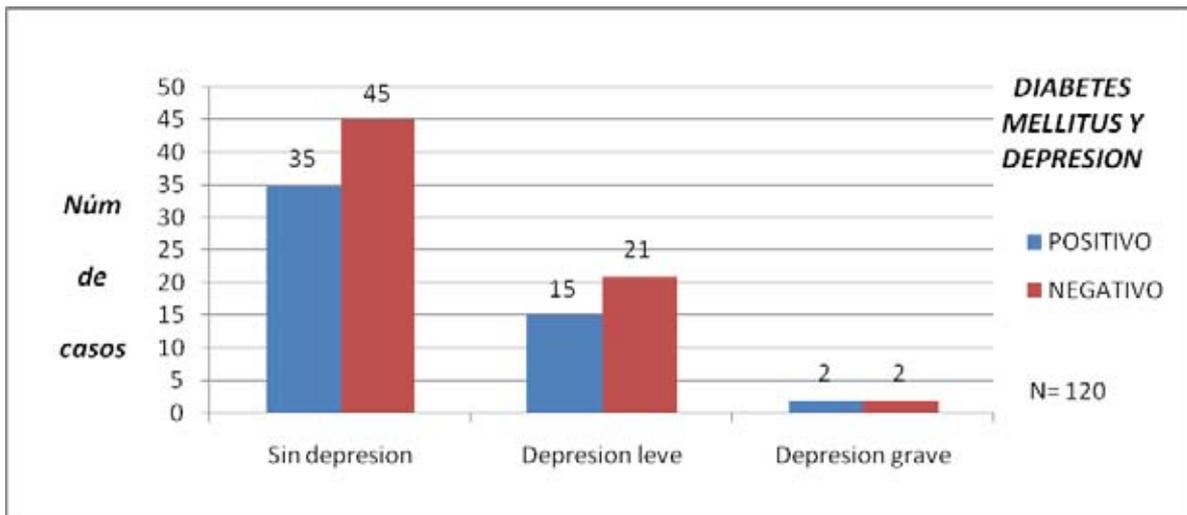


De los pacientes adultos mayores con depresión se encontró que 22 (18.3%) pacientes padecen comorbilidad con hipertensión arterial , pero de los pacientes sin depresión en 52 casos la presentaron. Esto podría estar dado a que fueron los que más acudieron a consulta. (Gráfica 4)

Grafico 5

CASOS DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y DIABETES MELLITUS

UMF 21 DEL IMSS 2007

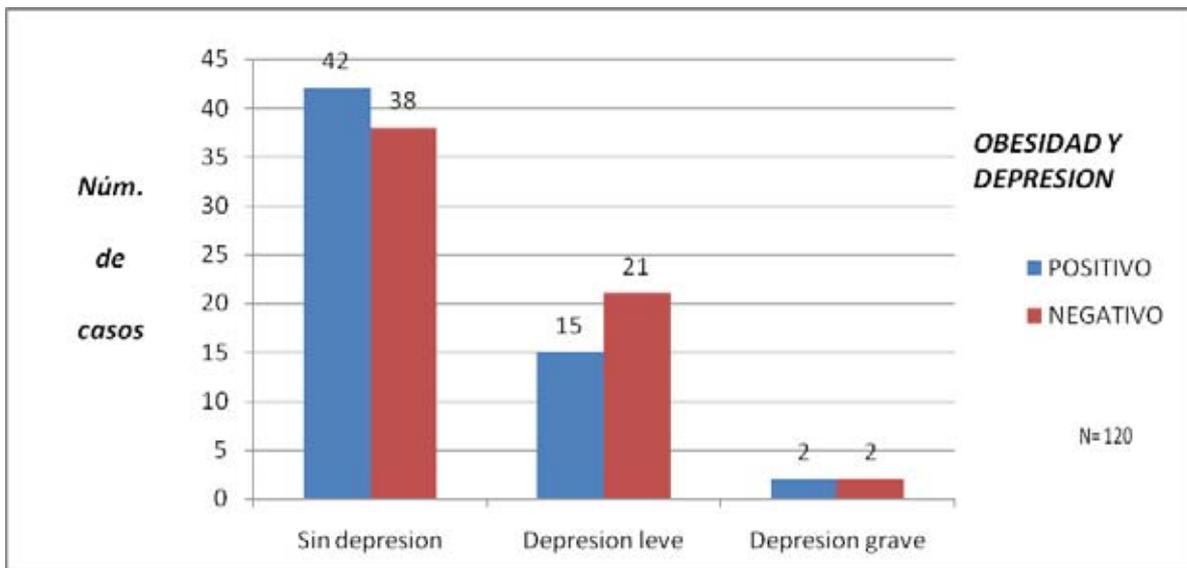


En esta gráfica observamos que los pacientes con depresión leve hubo 15 casos de diabetes mellitus y en la depresión grave 2 casos. También aquí encontramos que pacientes sin depresión 35 la presentaron. (Gráfica 5)

Grafico 6

CASOS DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y OBESIDAD

UMF 21 DEL IMSS 2007

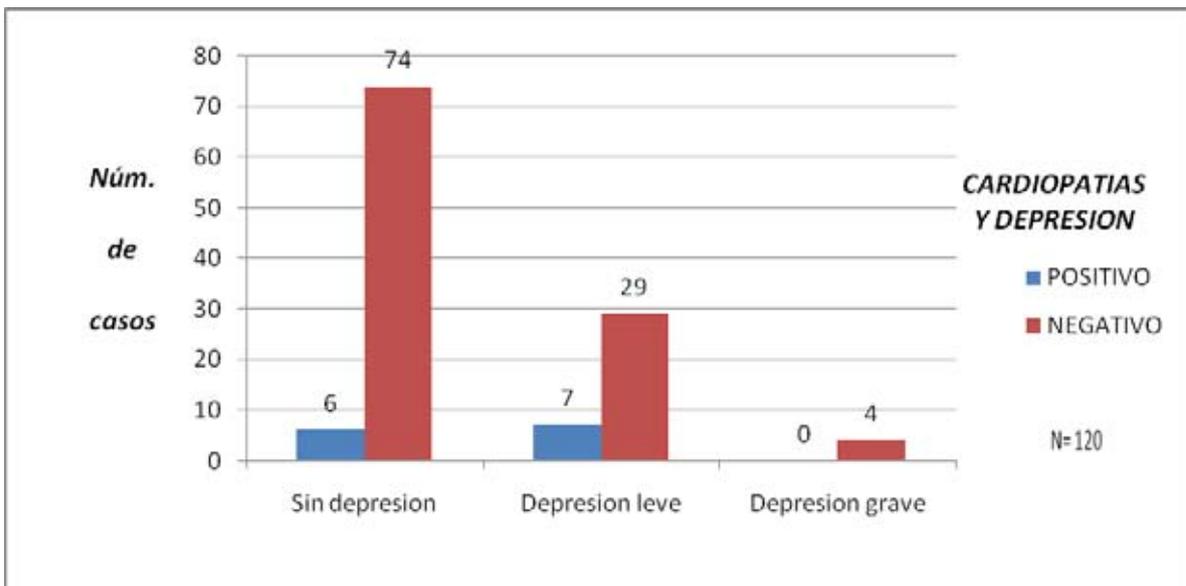


La obesidad se presentó en 15 pacientes con depresión leve y en 2 con depresión grave. Aquí también podemos observar que la obesidad se presentó con mayor frecuencia en pacientes sin depresión, podría estar dado por la asistencia a la consulta. (Gráfica 6).

Grafico 7

CASOS DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y CARDIOPATIAS

UMF 21 DEL IMSS 2007

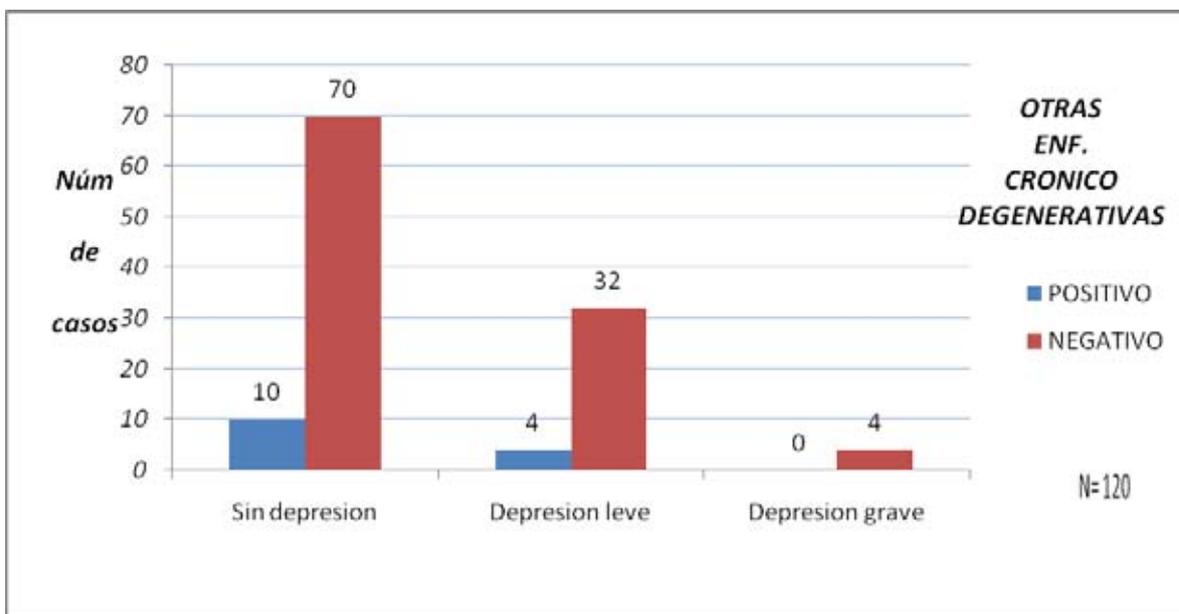


De los adultos mayores con depresión leve 7 casos padece alguna cardiopatía, en la depresión grave no se presentó. (Gráfica 7).

Gráfico 8

CASOS DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON OTRAS ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS MENOS FRECUENTES

UMF 21 DEL IMSS 2007



En esta gráfica se engloban en otras enfermedades crónico degenerativas ya que no se presentaron con tanta frecuencia como las anteriores, pero de los pacientes con depresión leve 4 las presentaron. (Gráfica 8)

## Discusión:

- De acuerdo al planteamiento del problema la población total a estudiar fue de 40 pacientes adultos mayores con depresión de los cuales 36 de ellos correspondieron a depresión moderada y 4 a severa; la depresión se presentó con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y de estos 6 casos (21.7%) presentaron depresión leve y en 3 casos (2.5%) depresión grave lo que corresponde a lo reportado en la literatura.
- Cabe destacar que en la literatura mexicana se refiere que en el primer nivel de atención la detección de trastornos emocionales ha sido de 43% en una Unidad de Medicina Familiar (Padilla y Peláez, 1985) mientras que en este estudio se encontró una prevalencia de depresión del 33%, lo que nos lleva a pensar en la importancia de la detección oportuna en estos niveles de atención.
- La prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades médicas se estima en promedio en 15%- 20% de los casos<sup>(14)</sup>, De los adultos mayores con depresión se encontró una comorbilidad con enfermedades crónico degenerativas (como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, cardiopatías en orden de frecuencia) con un promedio de 11 % el resultado fue ligeramente menor al que se reporta en los estudios. Es importante ver al paciente en forma integral para así atender algunas enfermedades que se correlacionan entre si y que si no las contemplamos como un todo no propiciaremos en nada la recuperación del paciente, y mucho menos lo llevaremos a una mejor calidad de vida.

## CONCLUSIONES:

- De los adultos mayores con depresión hubo mayor prevalencia en el sexo femenino.
- Con los resultados de este estudio concluimos que en los adultos mayores la depresión está estrechamente relacionada con las enfermedades crónico degenerativas
- Las enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad y las cardiopatías son las que más se asociaron con depresión en adultos mayores.
- La depresión se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad de 70 a 74 años, esto no indica que esta población sea la más vulnerable para presentar esta enfermedad, sin embargo esto podría deberse a que esta población fue la que acudió más a consulta, lo que restaría validez al resultado.
- Existe comorbilidad entre enfermedad crónico degenerativa y depresión de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, sería importante investigar que se presentó primero si la depresión o la enfermedad crónico degenerativa, ya que si se presentó primero la enfermedad crónico degenerativa podríamos suponer que esto condicionó que el paciente cayera en depresión y por lo tanto en los adultos mayores sin depresión que tuvieran enfermedades crónico degenerativas sería un factor de riesgo para desarrollar esta enfermedad.
- Al aplicar la escala de depresión geriátrica de Yesavage, se comprobó que es de gran utilidad ya que además de ser de fácil aplicación, tan solo requirió de un tiempo aproximado de 5 minutos para desarrollarla. Además de tener una sensibilidad del 92% y la especificidad fue del 89% para la depresión.

## **SUGERENCIAS:**

La depresión en el adulto mayor es un problema de salud pública que por su frecuencia e impacto es importante diagnosticarlo con oportunidad.

La importancia de diagnosticar a tiempo la depresión es para que esta no influya en la calidad de vida del paciente, y que además esto conlleve a que tenga un mal control de las enfermedades que se asocian a esta enfermedad. Se busca entonces prevenir complicaciones que lleven al paciente a la muerte.

La depresión diagnosticada y tratada a tiempo desde un primer nivel de atención nos puede llevar a reducir la morbi-mortalidad en el adulto mayor y reducir el impacto negativo que podría tener para la sociedad.

Consideramos importante que sea utilizada y aplicada con mayor frecuencia la escala de depresión geriátrica de Yesavage en su forma de 30 reactivos para un diagnóstico oportuno. Esto facilitará al médico de primer nivel de atención integrar con prontitud y oportunidad el diagnóstico de depresión y facilitará con ello el manejo integral del mismo

## ANEXOS

### Anexo (1)

Tabla 1. **CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION**

Síntomas afectivos	Síntomas cognoscitivos	Síntomas conductuales	Síntomas psicofisiológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Dificultad o incapacidad para disfrutar de situaciones o eventos que habitualmente le despertaban alegría o gozo, con disminución o pérdida de interés hacia los mismos y hacia la vida (anhedonia).</li> <li>• Disminución o abatimiento del ánimo</li> <li>• Abulia</li> <li>• Desesperanza</li> <li>• Melancolía</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Sentimientos de culpa y autodesprecio</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Intranquilidad</li> <li>• Disforia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para concentrarse</li> <li>• Disminución del rendimiento intelectual</li> <li>• Incapacidad para afrontar y resolver problemas cotidianos</li> <li>• Pesimismo</li> <li>• Ideas de minusvalía</li> <li>• Autorreproches</li> <li>• Indecisiones o dudas exageradas</li> <li>• Fallas para hacer un juicio realista sobre sí mismo</li> <li>• Pensamiento obsesivo</li> <li>• Ideas de culpa, vergüenza, pecado, etc.</li> <li>• En depresiones severas, el contenido puede ser delirante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspecto de abatimiento, predominando los músculos flexores y aductores sobre los extensores y abductores</li> <li>• Faltas al trabajo</li> <li>• En estudiantes: disminución del rendimiento escolar</li> <li>• Alcoholismo, farmacodependencia</li> <li>• Intentos de suicidio</li> <li>• Retardo psicomotor, inhibición en actividades físicas y en el habla</li> <li>• Cuando la ansiedad es importante: inquietud e hipermovilidad pudiendo llegar a la agitación motora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos en el sueño; despertar temprano durante la madrugada es la alteración más frecuente. Durante el día: somnolencia o hipersomnia</li> <li>• Cambios en el apetito: Anorexia o Hiperorexia</li> <li>• Cambios en el peso corporal</li> <li>• Disminución de la energía en general: se cansa fácilmente, no resiste las labores habituales</li> <li>• Disminución del deseo sexual</li> <li>• Constipación</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Mareos</li> <li>• Halitosis</li> <li>• Molestias somáticas</li> </ul>
<p>Es frecuente que el paciente se sienta muy mal por la mañana y mejore mientras transcurre el día</p>			

## Anexo (2)

### **Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión de 30 ítems)**

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?
3. ¿Siente que su vida está vacía?
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?
6. ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo?
8. ¿Tiene miedo de que algo le esté 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 más problemas de memoria que la mayoría de la gente?
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?
16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?
17. ¿Se siente bastante inútil en el medio en 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. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?
24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?
25. ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?
28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?
30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?

### ANEXO 3

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo -----declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación Depresión en adultos mayores y su comorbilidad con enfermedades crónico degenerativas en la UMF 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para lograr el objetivo mencionado, contestare el cuestionario que consta de 30 preguntas y conociendo también los beneficios de dicho proyecto, quedando en la conformidad de que se mantenga la discreción de los resultados. Se me informó que no corro ningún riesgo y que los beneficios son meramente de investigación.

Firma -----

Fecha -----

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- VAZQUEZ EJ, LARA O, CORTEZ M V. Programa de actualización en Medicina Familiar. Editorial intersistemas. :2001; libro 2. p 5
- 2.- AGÜERA O. L, FRANCES R. I. Depresión y Ansiedad Guía de la buena práctica clínica en Geriatria. Madrid España 2004; p 18, [http:// www.segg.es](http://www.segg.es)
- 3.-SALIN P R. La historia natural de la depresión. 1997.  
[http:// www. Monografias.com/trabajos13/depre/depre.5html](http://www.Monografias.com/trabajos13/depre/depre.5html)
- 4.-AGUAYO LJ, ALVAREZ PM. Cols. Manejo del espectro Depresión-Ansiedad. Guía práctica: México1998. p -9
- 5.-Comportamiento de la depresión en el adulto mayor.  
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-301-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.pdf>
- 6.-BELLO M, PUENTES RE,Cols. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. 2005: vol. 47. Número I. p S5.
- 7.- AGUAYO LJ, ALVAREZ PM, Cols. Manejo del espectro Depresión-Ansiedad. Guía práctica: 1998. p 10.
- 8.- SILVA J. Evaluación Funcional Adulto Mayor. Chile:2005  
[http://www.medwave.cl/congresos/Geriatria2003/Evaluacion/2.act?tpl=im\\_ficha\\_congresos.tpl](http://www.medwave.cl/congresos/Geriatria2003/Evaluacion/2.act?tpl=im_ficha_congresos.tpl) - 16k
- 9.- DE HYVER C, GUTIERREZ RL. Geriatria. Editorial el Manual Moderno: 2006. p 349.
- 10.- WILLIAM JA. GEORGE SA. Late-Life Mood Disorders. Chapter 112: 2007.  
p 1443-1451.

- 11.-SECIN R, RIVERA B. Depresión en el hospital general: 2003-t 6. p 349.
- 12.- Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 2007; 370: 851-58  
[www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EEAyApZAZZfpIDCRIL](http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EEAyApZAZZfpIDCRIL) - 18k
- 13.- SECIN R, RIVERA B. Depresión en el hospital general. Editorial Intersistemas: 2003; t 6. P 333-335.
14. DE HYVER C, GUTIERREZ RL. Geriátría. Editorial el Manual Moderno: 2006. p 350.
- 15.-RIBERA CJ. El Manual Merck de Geriátría. Harcourt Brace de España: 1998. p 1094.
- 16.- DE HYVER C, GUTIERREZ RL. Geriátría. Editorial el Manual Moderno: 2006. p 351.
- 17.- KURLOWICZ L. La escala de depresión geriátrica (GDS) Hartford Institute for Geriatric Nursing. Número 4, revisado 2007.
- 18.- DE HYVER C, GUTIERREZ RL. Geriátría. Editorial el Manual Moderno: 2006. p 351, 355
- 19.-WILLIAM JA. GEORGE SA. Late-Life Mood Disorders. Chapter 112. 2007. P 1443, 1446.