



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

“Frecuencia de depresión en el adulto mayor portador de patología crónica degenerativa”

Que para obtener el título de Médico Especialista en Medicina Familiar

P R E S E N T A:

ALEJANDRA JANETT RAMÍREZ GONZÁLEZ

Médico Residente del 3ero año del Curso de

Especialización en Medicina Familiar

Matricula 99364942

E. mail: mami443@hotmail.com

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSÉ RUBÉN QUIROZ PÉREZ

Médico Familiar Miembro del Comité Académico UNAM

E mail: joserubenquiroz@usa.net

AGOSTO 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.

“Frecuencia de depresión en el adulto mayor portador de patología crónica degenerativa”

AGRADECIMIENTOS:

A mi asesor: Dr. José Rubén Quiroz Pérez, por su tiempo, paciencia y amistad, su ayuda fue invaluable para la conclusión de este trabajo.

A mis profesores: Dr. Arrieta, Dra. Bautista, porque gracias a todo lo que me transmitieron ahora soy un mejor médico en comparación a hace 3 años. Y con su ejemplo aprendí como ser una mejor persona.

A todos los Médicos de la UMF No 94, HGZ 29, 27, 25, 23, GOT, ISSSTE, GAM.

“Frecuencia de depresión en el adulto mayor portador de patología crónica degenerativa”

PENSAMIENTO:

En estos tres años de formación no hubo un solo día en que no aprendiera algo nuevo, hoy siento que soy un mejor médico y una mejor persona, comparado con lo que era hace 3 años.

Dra. Ma. Elena A. Vilchis Guizar
Coordinador Delegacional de investigación en Salud

Dra. Maria Guadalupe Garfias Garnica
Coordinador Regional de Educación en Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF 94

Dr. José Rubén Quiroz Pérez
Director de tesis

Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor Titular del Curso de
Especialización en Medicina Familiar UMF 94

“Frecuencia de depresión en el adulto mayor portador de patología crónica degenerativa”

Ramírez-González AJ¹ Quiroz-Pérez JR²

Objetivo: Determinar la frecuencia de depresión en el adulto mayor portador de patología crónica degenerativa.

Diseño: Estudio descriptivo, analítico, transversal y prolectivo.

Material y métodos: El estudio se realizó en una Unidad de Medicina Familiar, la muestra se conformó por 248 adultos mayores de 65 años portadores de patología crónica degenerativa (diabetes, hipertensión arterial y osteoartritis) sin antecedente de enfermedad terminal o psiquiátrica. Se identificó depresión mediante la escala validada de Yesavage Brink.

Resultados: La muestra se integró por 48.4% mujeres y 51.6% hombres, su edad promedio fue de 72.8 años. En un mayor porcentaje se encontraron casados (45.1%) y viudos (41.5%); continuaban desempeñando actividades laborales el 5.2%, se encontró analfabetismo en 25% de ellos. Refirieron ser portadores de hipertensión 39.1%, osteoartritis 26.20%, diabetes 14.5%; se encontró más de una patología el 17.3% y las tres patologías en el 1.20%. Se identificó depresión solo en el 17.74% de los integrantes de la muestra, siendo moderada en el 61.3% y severa en el 38.7%. La única variable universal que fue comprobada por prueba estadística de Kruskal-Wallis (0.03) como significativa fue el sexo femenino. Aunque estadísticamente no se comprobó, se observó que el mayor porcentaje de depresión se presentó en pacientes desempleados y dedicados al hogar.

Palabras clave: Depresión, adulto mayor, enfermedades crónico-degenerativas

¹ Médico residente del tercer año de Medicina Familiar de la UMF. 94

² Médico Familiar Miembro del Comité Académico UNAM

INDICE

	Página
Introducción	6
Marco teórico	
1. Definición	7
2. Etiología	8
3. Epidemiología	10
4. Factores de riesgo	11
5. Cuadro clínico	13
6. Clasificación	14
7. Diagnostico diferencial	15
8. Instrumentos de apoyo diagnóstico	16
9. Tratamiento	18
Antecedentes científicos	24
Planteamiento del problema	
1. Justificación	27
2. Pregunta de investigación	28
Objetivos del estudio	28
Identificación de las variables del estudio	28
Diseño del estudio	28
Universo de trabajo	28
Población de estudio	28
Muestra de estudio	28
Determinación estadística del tamaño de la muestra	29
Tipo de muestreo	29
Criterios de selección de la muestra	29
Procedimiento para integrar la muestra	29
Descripción del instrumento	30
Descripción del programa de trabajo	31
Análisis estadístico de la información	32
Cronograma de actividades	32
Recursos e infraestructura del estudio	32
Consideraciones éticas	33
Resultados	33
Análisis de resultados	36
Conclusiones	39
Sugerencias	40
Bibliografía	41
Anexos	44
Cuadro de variables	45
Cronograma del estudio	46
Carta de consentimiento informado	47
Instrumento	48

Introducción

La depresión es un problema psiquiátrico desafortunadamente común y grave, algunos autores la consideran como la afección psiquiátrica más frecuente del anciano, presentada de forma indirecta o encubierta bajo quejas múltiples de tipo somático, a menudo con un importante componente hipocondríaco, que enmascara el proceso depresivo subyacente, se acompaña de una morbilidad y mortalidad significativamente elevada sobre todo en población anciana. Se estima que aproximadamente un 2.5% de ancianos presentan cuadros depresivos graves y alrededor de un 13% depresiones leves. ⁽¹⁾

Su presentación es muchas veces atípica, por lo que constituye un reto al que se enfrenta todo médico que atiende a un paciente mayor. La elevada mortalidad e incapacidad asociada a esta entidad obligan al profesional de la salud a profundizar en su conocimiento.

El término genérico depresión, es un trastorno global que se aplica a diversos trastornos de la afectividad, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual; se presenta como condición única o acompañando a otros estados patológicos. Los signos y los síntomas de la depresión pueden presentarse en forma aguda, aunque es frecuente que recurran en forma episódica ó crónica.

El núcleo de la depresión en la esfera afectiva, lo constituye el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de intereses, la angustia y/o la agitación. En la esfera cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y auto devaluación; es frecuente que el individuo experimente una agudización notoria de su abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría notoria cuando se acerca la noche.

En la esfera somática son muy frecuentes la pérdida del apetito, la baja de peso (que puede ser importante) y la perturbación del sueño (el enfermo despierta por la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas).

Finalmente como consecuencia de las alteraciones antes señaladas, que perturban básicamente la percepción que se tiene de sí mismo y del mundo y ante el fracaso repetido en sus intentos de superar la aflicción, la esfera conductual de la vida de las personas deprimidas se altera profundamente en el ámbito familiar, ocupacional y social; la depresión es un estado que afecta

siempre a los que conviven con la persona que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo. ⁽²⁾

Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas completan el cuadro en la esfera somática, así como la presencia de síntomas de la constelación neurótica, tales como fobias, obsesiones, síntomas conversivos, astenia e hipocondriasis, son comunes y en las formas más severas, como son las psicosis depresivas, los delirios y alucinaciones cuyo contenido pesimista está siempre en relación con el humor. ⁽³⁾

Es importante señalar que a pesar de las múltiples alteraciones producidas por la depresión, ésta es una de las enfermedades mentales que responden mejor al tratamiento y las personas adecuadamente tratadas llevan una calidad de vida semejante a la normal. ⁽³⁾ Sin embargo en la práctica clínica es frecuente observar un alto número de adultos mayores portadores de depresión no diagnosticada y una mala respuesta al tratamiento establecido para ella en quienes ya se encuentran bajo tratamiento.

Marco teórico

1. Definición. La depresión, no es una entidad clínica única, toma diferentes formas de presentación, por esta razón es importante como primer punto definir a la depresión dentro de un marco conceptual especial. La depresión es una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, que puede ser reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional, sin llegar a ser considerada como un estado patológico o por el contrario presentarse como un conjunto de síntomas y signos persistentes, que pueden acompañar a otras patologías, generalmente de naturaleza crónica. En este orden de ideas, podemos situar a la depresión como un síndrome depresivo, en el cual además de afecto depresivo se presentan otros elementos que forman parte del siguiente cortejo sintomático: astenia, adinamia, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), retardo o agitación psicomotora, pesimismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, deseos de muerte y en ocasiones ideación suicida. En el anciano el síndrome depresivo se acompaña con frecuencia de síntomas somáticos diversos, tales como: cefaleas, lumbalgias, sintomatología digestiva y urinaria, entre otras manifestaciones. También es frecuente la presentación de sintomatología cognoscitiva, principalmente problemas de atención y memoria.

La Asociación Psiquiátrica Americana estableció los criterios diagnósticos prácticos para depresión contenidos en el DSM-IV. Donde se considera episodio depresivo mayor, a la presencia de al menos

cinco de los siguientes síntomas durante por lo menos dos semanas y que representan un cambio del funcionamiento personal previo:

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi a diario.
2. Marcada disminución del interés o placer (anhedonia, apatía) en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario.
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi a diario.
4. Insomnio o hipersomnia casi a diario.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi a diario (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi a diario
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi a diario.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión, casi a diario.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo. ⁽³⁾

2.- Etiología. Sin duda alguna los adelantos científicos han contribuido enormemente a comprender las alteraciones bioquímicas que ocurren a nivel cerebral en la depresión, sin embargo hasta el momento no se puede explicar por completo su etiología y la relación entre las alteraciones biológicas y los síntomas clínicos, a continuación se mencionan las hipótesis formuladas en torno a éste padecimiento. ⁽⁵⁾

- Hipótesis genética. Se observa una incidencia claramente elevada de trastornos unipolares y bipolares en los parientes de primer grado de los pacientes con enfermedad bipolar, mientras que los familiares de los sujetos con trastornos unipolares muestran una incidencia ligeramente aumentada de enfermedad unipolar pero no de enfermedad bipolar. Estudios de ligamiento genético con técnicas de DNA recombinante han sugerido que el brazo corto del cromosoma 11 podría ser un locus principal para los trastornos afectivos.
- Hipótesis Neuroendocrina. Explica la presencia de depresión mediante 2 vías: por desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal que produce una alteración en el mecanismo de supresión-elevación del cortisol, que lleva a mantener niveles elevados de

este de manera persistente. Desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides que determina una disminución de la función tiroidea. Se ha registrado una respuesta atenuada de la hormona estimulante del tiroides en la depresión unipolar, y una respuesta aumentada en la enfermedad bipolar, esto probablemente debido a que hay una respuesta anormal de la hormona estimulante de la tirotrófina a la hormona liberadora de tirotrófina y los síntomas depresivos.

- Hipótesis endocrina. Una respuesta atenuada de la hormona del crecimiento, la disminución de la secreción de hormona luteinizante y las alteraciones de la secreción de vasopresina y calcitonina son factores asociados con la depresión.
- Hipótesis de la regulación en menos. Se observa una disminución de la densidad de los receptores a nivel de los sitios receptores de membrana postsinápticos, pero la afinidad de éstos no se modifica. Así podría explicarse el hecho de que los efectos clínicos de los agentes antidepresivos tardan de 4 a 6 semanas en manifestarse, aunque los efectos bioquímicos de estos agentes sobre la actividad de los neurotransmisores tienen lugar en el curso de días. Sin embargo, la administración continua de antidepresivos determina una disminución de la sensibilidad de los receptores de norepinefrina acoplada a la alfa-adenilato ciclasa. Esto ha permitido postular que algunos tipos de depresión podrían estar relacionados con una hiperactividad funcional del sistema neuronal norepinefrínico.
- Hipótesis del sueño. En la depresión tienen lugar algunas alteraciones del sueño. Los hallazgos típicamente observados en el electroencefalograma (EEG) de pacientes deprimidos contribuirán a confirmar un diagnóstico de depresión mayor, pero no siempre pueden ser diferenciados de los hallazgos observados en la narcolepsia, la manía u otros estados, tales como un trastorno de la personalidad fronterizo (borderline).
- Hipótesis de la membrana. Postula que el potencial de la membrana en reposo, el transporte y la reincorporación de las monoaminas y otras funciones de la membrana celular son llevadas a cabo parcialmente a través de mecanismo de transporte catiónico y que ésta carencia estaría determinada genéticamente y predispondría al sujeto al desarrollo de un trastorno afectivo.
- La distribución en el estado de equilibrio del litio en pacientes tratados con esa droga ha proporcionado una gran parte de los datos que sustentan ésta hipótesis, Se ha demostrado que los pacientes con enfermedad bipolar poseen una proporción media de litio más

elevada, al igual que sus parientes de primer grado. Estos hallazgos han permitido especular acerca del control genético de la proporción de litio y del papel desempeñado en la patogenia y la farmacoterapia del trastorno bipolar.

- Hipótesis de las catecolaminas. Ésta teoría señala la existencia de una disminución de la actividad aminérgica, particularmente de las catecolaminas (norepinefrina, dopamina) y la serotonina. Los datos que sustentan esta hipótesis provienen del estudio de los efectos secundarios de ciertas drogas (reserpina, alfa-metildopa, anfetaminas, antidepresivos) y de la terapéutica electroconvulsivante (TEC), quienes indirectamente incrementan la concentración de aminas a nivel presináptico y mejoran la sintomatología depresiva.
- Hipótesis “permissiva”. Señala que el defecto básico causante de depresión es la disminución de la actividad de la serotonina, lo que permite que la norepinefrina aún en cantidades normales sea la causante de esta patología. ^{(6) (7)}

3. Epidemiología. La depresión es una enfermedad que afecta a millones de seres humanos en todo el mundo, sin embargo, de acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), solamente alrededor de 50% de ellos son diagnosticados oportunamente y reciben un tratamiento adecuado. ⁽⁴⁾

La prevalencia de la depresión mayor en población de los Estados Unidos de Norte América (EE.UU.) es del 3 al 5%. El riesgo durante la vida es del 3 al 12% para los hombres y del 20 al 26% para las mujeres; el riesgo es mayor para las personas que tienen un pariente de primer grado con un diagnóstico de depresión, enfermedad bipolar o alcoholismo. La edad media de instalación del cuadro es entre los 20 y los 30 años⁽⁸⁾; sin embargo la depresión es muy frecuente en personas de más de 60 años, encontrándose aproximadamente entre el 20 y el 25%. ⁽⁹⁾

El diagnóstico de depresión mayor es menos frecuentemente diagnosticado en la vejez que en otras edades de la vida. Este hecho puede deberse a una mayor dificultad para detectar síntomas depresivos en el anciano, y a cohortes que han sufrido menos factores estresantes. La prevalencia es todavía menor en las edades más avanzadas, frente al grupo global de los mayores de 65 años. En ancianos continúa siendo más prevalente en las mujeres, pero en los varones aumenta proporcionalmente su prevalencia por una mayor brusca pérdida de roles, de modo que a los 80 años pueden sobrepasar a las mujeres. La depresión es más frecuente en ancianos con bajos ingresos económicos, bajo nivel cultural, divorciados, separados y en la población rural ⁽¹⁰⁾

4. Factores de riesgo. Durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico; que contribuyen en mayor o menor grado para que en momento determinado la persona presente sintomatología depresiva. Un factor único no es el responsable de la aparición de los síntomas depresivos en la vejez, por lo que el fenómeno depresivo en el paciente geriátrico requiere ser estudiado desde un punto de vista bio-psicosocial.

El aspecto psicológico es esencial para la dinámica de la depresión en el anciano que involucra el tipo de personalidad. Para algunos autores las personas con rasgos de la personalidad narcisistas y obsesivas, tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez; por estar siempre atentas para obtener sus satisfactores a partir de bienes materiales, así como, el de buscar diferentes medios para mantener la belleza física, la juventud y la salud. Es por ello, que los cambios del envejecimiento, al ejercer su efecto en la apariencia física de las personas, encuentren en ellas pérdidas de belleza y juventud, por lo cual, al no lograr adaptarse adecuadamente a ello, favorecerán cuadros depresivos. Se dice por otro lado, que la gente con personalidad obsesiva, utiliza parte de su energía para modular ciertas reacciones de agresividad para evitar conflictos con los demás. Durante la vejez, al tener dificultad para modular estas reacciones y hacerlas manifiestas, favorecerán el aislamiento y la evitación de los demás.

Es en esta época de la vida, cuando se presenta mayor número de pérdidas (amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia y en la sociedad), las cuales, antes de su aparición constituían para el individuo fuente de gratificación. Por tal razón, fenómenos como la jubilación, que se considera en la actualidad como sinónimo de minusvalía, y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y en la familia, determinan que en los pacientes se activen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes, favorecerán una pobre auto imagen y sentimientos de inferioridad. El mayor o menor grado de adaptación ante estas pérdidas será en función de los recursos con que cuente el anciano, tanto de tipo personal, psicológico y económico, como social y familiar.

La pérdida del estatus económico, se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad. La pensión, representa un 30 a 50% de su ingreso previo ⁽¹¹⁾, aunado a la inflación, favorecerán que sus necesidades básicas no puedan ser cubiertas en forma satisfactoria, situación que es generadora de frustración y síntomas depresivos. Es muy común que ante estos fenómenos, la repuesta del paciente sea hacia el aislamiento, estableciéndose una pobre interacción. Al respecto deben tenerse presentes que los

cambios neurológicos debidos al envejecimiento, como: una menor población neuronal, disminución en la síntesis de neurotransmisores y sus receptores, además del daño estructural al sistema nervioso central (SNC) como consecuencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica, pueden asociarse a los trastornos afectivos. Es por ello que pacientes con antecedente de enfermedad vascular cerebral (EVC), que afecte sobre todo el hemisferio izquierdo, tendrán mayor riesgo de presentar depresión.

Por otro lado, cambios estructurales más sutiles (micro infartos, degeneración de la sustancia blanca, degeneración de ganglios basales) contribuyen para el establecimiento de trastornos cognitivos, los cuales, si no son suficientemente compensados debido a una baja reserva neuronal, tendrán un efecto negativo en la funcionalidad del paciente y por lo tanto en la esfera afectiva. De hecho, los pacientes con deterioro cognitivo avanzado, tendrán siempre un riesgo alto y constante de presentar síntomas depresivos, que pudieran no ser identificados por los cuidadores o la familia por la inherente dificultad del paciente para expresarlo.

Una de las características del envejecimiento neurológico está dada por una disminución en el número de neuronas, que en condiciones normales, no afecta la capacidad de síntesis de los neurotransmisores, gracias a los fenómenos de adaptación que ejercen las células que aún están intactas, supliendo las funciones de las ya perdidas. Recientemente se ha prestado especial atención al papel de la serotonina, en la depresión y ha sido base para el desarrollo de nuevas modalidades terapéuticas. Sin embargo, en muchas ocasiones, algunos eventos que resultan altamente estresantes para el anciano no pueden ser afrontados adecuadamente, al ser éstos superiores a dicha reserva neuronal, se incrementa el riesgo de presentar síntomas depresivos. En las mujeres, los cambios hormonales que caracterizan a la menopausia (hipoestrogenismo), favorecen la presencia de sintomatología depresiva, y se ha observado que la sustitución hormonal en esa época de la vida, ejerce ciertos efectos biológicos que pudiera revertir algunos síntomas depresivos y cognoscitivos. ⁽¹¹⁾

Cuando la depresión está encubierta por síntomas físicos, el paciente tiende a acudir recurrentemente a la consulta de distintas especialidades medicas, y por lo tanto, ser sometido a una serie de exámenes complementarios innecesarios y mayor número de medicamentos, lo que implica pérdida de tiempo, estrés para el paciente, sobre medicación y mayores costos para él, su familia y/o la comunidad. Sin embargo, difícilmente es detectada en las consultas clínicas. En parte debido a que se presenta en formas muy variadas, principalmente cuando éstas conllevan síntomas

somáticos sin los signos semiológicos de la depresión. Los factores de riesgo posibles incluyen la ausencia de una relación íntima y confidente, la reiteración de pérdidas importantes y los altos niveles de introversión, neurosis y dependencia.

Además, los médicos que no tienen mucha experiencia psiquiátrica o no están familiarizados con éstos signos semiológicos, lo más probable es que no la detecten. En parte también debido a que éstos pacientes en general no refieren “sentirse deprimidos” ya sea porque creen que la depresión es “normal” a su edad debido a las pérdidas que están experimentando, otras veces por incapacidad de expresar lo que sienten, y con mayor frecuencia porque atribuyen los síntomas a problemas del sueño o fatiga por “envejecimiento”. Esto último es avalado por ése tan difundido prejuicio que hace que la persona añosa a menudo “enmascare” su depresión conciente o inconscientemente por medio de síntomas somáticos. La dificultad para establecer el diagnóstico se presenta cuando los pacientes depresivos expresan sólo quejas físicas o cuando existe una somatización, la que se puede encontrar tanto en los cuadros clínicos leves como en los severos

Es por todo eso que el diagnóstico de depresión en las personas añosas es frecuentemente difícil hacerlo en el marco de la atención primaria. De allí la necesidad que el médico adquiriera cada vez más los conocimientos indispensables en éste tema. En primer lugar, porque él es generalmente el primer profesional con quien el paciente adulto mayor toma contacto. Otra razón es que él abarca al paciente en lo que se refiere a su salud, y por lo tanto está –o debiera estar- al tanto de las medicaciones que el paciente ingiere (se calcula que este tipo de pacientes ingiere en general entre seis y ocho medicamentos, con consecuencias de sobre medicación), y conoce los efectos adversos que pueden tener los psicofármacos y las interacciones farmacológicas, sobre todo en ésta etapa de la vida. ⁽⁹⁾

5. Cuadro clínico. Si bien la mayoría de las personas experimentan episodios periódicos de tristeza que dependen de su personalidad y de la forma de enfrentar los problemas cotidianos, la depresión clínica es de mayor severidad y duración que éstos episodios transitorios. Las presentaciones son sumamente variables y pueden expresarse con síntomas específicos. Algunos pacientes pueden presentar predominantemente síntomas neurovegetativos y negar sentimientos de tristeza. Otros pueden referir inicialmente una angustia existencial y sólo más tarde admitir la presencia de otros síntomas. No es infrecuente que un paciente minimice los síntomas o los remita a un acontecimiento específico de su vida. En algunos casos, los síntomas pueden ser notados por primera vez por los familiares mientras que el paciente los niega.

El Trastorno Depresivo Mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la vida cotidiana: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de placer o interés en casi todas las actividades, pérdida o aumento importante de peso o de apetito, insomnio o exceso de sueño de dormir, lentitud o agitación física, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte. ⁽¹²⁾

Los pacientes ancianos con depresión mayor, incluyendo aquellos que han tenido un primer episodio, están en riesgo alto para la repetición de depresión, invalidez, y muerte. ⁽¹³⁾

6. Clasificación. Actualmente se considera a la depresión como parte del grupo de los trastornos afectivos, de acuerdo a lo especificado en los dos sistemas de clasificación más utilizados: la clasificación internacional de las enfermedades, en su capítulo 10 correspondiente a las enfermedades mentales de la OMS (ICD 10) y a la de la Asociación Psiquiátrica Americana, que es el manual de diagnóstico y estadística en su cuarta versión DSM IV.

CUADRO 1 CLASIFICACION TRASTORNOS DEL HUMOR

ICD-10	DSM-IV
Episodio depresivo	Trastorno depresivo mayor
Severo	
Moderado	
Leve	
Otro/no especificado	
Trastorno del humor persistente	Trastornos bipolares
Trastorno afectivo bipolar	Trastornos del humor debidos a condiciones médicas generales
Trastornos del humor (afectivos) orgánicos	Trastornos del humor inducido por el uso de sustancias
Otros trastorno del humor	Otros trastornos del humor

Desde el punto de vista clínico podemos dividir a los trastornos depresivos en:

I. Primarias.- El cuadro depresivo no depende de otra enfermedad, ya sea mental o física; se dividen a su vez:

a) Depresiones endógenas: La tristeza profunda constituye el síntoma principal. Surgen sentimientos de fracaso y pesimismo, con disminución de la autoestima. La agresividad volcada

hacia si mismo lleva a la aparición de penosos autoreproches y sentimientos de culpa. El enfermo ve disminuido su interés por aquellas cosas que hasta ese momento constituían su mundo, pudiendo llevar a un estado de absoluta indiferencia y desinterés por todo. La persona tiende al aislamiento, rehuye el contacto con familiares y amigos, se torna callado y retraído. Entre los distintos síntomas físicos pueden aparecer: disminución del apetito y del peso, trastornos del sueño, cansancio, cefaleas, sequedad bucal, constipación, palpitaciones, mareos y alteraciones del ciclo menstrual. Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y sobre todo despertar precoz en la madrugada con imposibilidad de volver a dormir son las alteraciones más frecuentes

b) Depresión psicógena: Bajo esta denominación se incluyen un grupo de trastornos con características particulares. Se presentan como un estado de ánimo deprimido casi continuo, durante periodos prolongados; siendo más común en el sexo femenino. A diferencia de la endógena, el inicio de cada episodio es lento y a menudo impreciso, manifestándose por los siguientes síntomas: insomnio, pensamientos pesimistas y autodenigrantes, decrecimiento progresivo de la energía a lo largo del día, con cansancio y tendencia a permanecer acostado, disminución de la autoestima, pero sin un marcado sentimiento de culpa. En ocasiones el cuadro depresivo aparece como reacción a un factor estresante, produciéndose poco tiempo después de iniciado el agente causal.

II. Depresiones secundarias.- Surgen como manifestación de otro trastorno o enfermedad, entre las que podemos destacar: hipotiroidismo, déficit vitamínicos, diabetes, enfermedad de parkinson, sida, infarto de miocardio, abuso de sustancias (alcohol, somníferos, tranquilizantes), cáncer, etc. Se manifiesta con la aparición de tristeza acompañada de cansancio, disminución de la actividad por falta de fuerzas, tendencia al llanto, a la angustia y a la desesperación, insomnio e inapetencia. ⁽¹²⁾

7. Diagnóstico diferencial. El criterio para diagnosticar a un episodio depresivo mayor unipolar, o un trastorno depresivo bipolar es idéntico, sólo que el último debe haber tenido un episodio maniaco previo. Es importante ésta diferenciación, ya que tiene implicaciones terapéuticas, pronósticas y de evolución diferentes. El trastorno bipolar se subtipifica, de acuerdo a las manifestaciones prevalentes en el momento del diagnóstico, en maniaco (cuando los síntomas son de manía) depresiva (cuando los síntomas son depresivos) y mixto (cuando hay una combinación de ambas manifestaciones). La condición ciclotímica se caracteriza por la presencia de fluctuaciones entre estados depresivos y maniacos de moderada intensidad. El trastorno bipolar no especificado en otra parte corresponde a

aquellas condiciones típicas del trastorno, pero que no reúnen totalmente los síntomas necesarios para el diagnóstico. El diagnóstico de un trastorno bipolar, requiere que los síntomas estén presentes por lo menos durante dos semanas consecutivas o más.

Cuando los síntomas depresivos tienen una duración prolongada, se considera el diagnóstico de distimia, que es una categoría diferente a la depresión, con una severidad sintomática menor, pero con una duración continua o casi continua de por lo menos dos años.

Para llevar a cabo el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, con o sin melancolía, como ya se mencionó, es necesaria la presencia de varios síntomas durante un período mínimo de dos semanas. En la depresión mayor, es requisito, de acuerdo con la clasificación del DSM IV, que no haya ninguna causa orgánica que explique la sintomatología del paciente. Los pacientes diagnosticados con un episodio depresivo mayor unipolar no deben haber padecido nunca un episodio de manía. Si alguna vez lo padecieron, el diagnóstico deberá ser de trastorno bipolar (enfermedad maniaco depresiva). El episodio maniaco implica euforia, expansividad, irritabilidad, verborrea, disminución de la necesidad de dormir, autoestima excesiva o grandiosidad, agitación psicomotora y otros. En la psiquiatría se distingue el diagnóstico de depresión unipolar del bipolar, ya que este último sólo puede establecerse si el paciente ha presentado un episodio maniaco. Es importante diferenciarlo, pues esto tiene implicaciones en el tratamiento terapéutico. ⁽⁴⁾

8. Instrumentos de apoyo diagnóstico.

1.- Duración y recidiva. Una depresión mayor no tratada dura como promedio 6 meses. La mitad de los pacientes con una depresión mayor solamente padecen un episodio. El paciente es más vulnerable a una recidiva durante el período inicial de 6 meses, y una recidiva en ese período implica un alto riesgo de cronicidad. ⁽⁸⁾

La depresión en el anciano puede manifestarse en todas las variantes, en que ésta se presenta en adultos más jóvenes, pero además puede verse matizada por características particulares propias de este grupo de edad, como lo son la tendencia a la somatización y la presentación de alteraciones en la cognición.

Otro elemento a considerar es la presencia de patologías crónicas, y con frecuencia incapacitantes, que pueden confundirse con trastornos depresivos o coexistir con ellos.

Dada la elevada frecuencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores, es recomendable practicar de manera rutinaria, en toda evaluación médica integral una exploración a nivel de tamizaje del estado afectivo. En aquellos en quienes se sospeche la presencia de un trastorno depresivo, se interrogará propositivamente sobre los síntomas integrantes del síndrome depresivo.

La evaluación debe incluir la investigación de toma de medicamentos, que pudieran tener como efectos secundarios síntomas depresivos y que en los ancianos, la polifarmacia es frecuente. De éstos deben buscarse antecedentes en la ingesta de depresores del sistema nervioso como el alcohol (el alcoholismo es frecuente en esta época de la vida), el consumo de benzodiazepinas que se utilizan como hipnóticos para los trastornos del sueño (recordar que el insomnio forma parte del cortejo sintomático de la depresión), preparados con L-dopa para el tratamiento del Parkinson, betabloqueadores y anticolinérgicos, entre otros.

Finalmente, la valoración funcional del anciano, además de los aspectos afectivos, debe incluir el de estado de salud, ya que es muy frecuente que problemas de tipo crónico degenerativos contribuyan a los síntomas de depresión y que en varias ocasiones son susceptibles de tratamiento, como consecuencia del manejo del trastorno primario, hay también mejoría de la depresión.

Evaluación del paciente con depresión

La evaluación del paciente con depresión, en términos de sistematización, identificación y cuantificación de los síntomas depresivos, ofrece ciertas dificultades en la vejez, pues los efectos del aislamiento y la poca interacción con la familia, hacen que dichos síntomas no sean percibidos. O bien, tanto el paciente como la familia, pudieran considerar que éstos síntomas podrían corresponder a cambios propios del envejecimiento.

La evaluación global del anciano debe abarcar la esfera de la afectividad, pues se considera que ésta es un componente tan importante como lo son otras áreas tales como: las actividades de la vida diaria, la cognición, la marcha y balanceo, etcétera. Con esta finalidad, se han diseñado diferentes instrumentos de evaluación, para apoyar, guiar, sistematizar y cuantificar, dichas evaluaciones.

De acuerdo con los objetivos del clínico, existen instrumentos que son útiles como ayuda para el diagnóstico de depresión, otros serán útiles para determinar la severidad de la depresión o bien para evaluar la respuesta al tratamiento que se haya implementado. ⁽¹¹⁾

9. Tratamiento ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾

La depresión es un padecimiento generalmente limitado en su duración aunque, puede ser crónico. Así, se estima que antes del advenimiento de los antidepresivos la media de duración de un episodio depresivo era de 8 meses. Afortunadamente los fármacos antidepresivos con los que contamos tienen una alta eficacia, mejorando las condiciones anímicas, funcionamiento social y familiar y disminuyendo el riesgo, de suicidio en los pacientes deprimidos.

Grupo de antidepresivos	Fármacos	Rango de dosis en mg/día adultos
Tricíclicos	Imipramina	150-200
	Desipramina	150-250
	Clomipramina	150-200
	Amitriptilina	150-200
	Nortriptilina	75-100
Tetracíclicos	Maprotilina	50-200
	Manserina	30-60
Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS)	Fluoxetina	20-60
	Fluvoxamina	50-150
	Paroxetina	20-40
	Sertralina	50-200
	Citalopram	20-60
Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Noradrenalina (NARIS)	Reboxetina	8-10
Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina y noradrenalina (ISRSN)	Venlafaxina	75-350
Compuestos diversos	Bupropion	210-450
	Trazodona	150-400
	Nafazodona	300-600
Inhibidores de la MAO (IMAO)	Fenelzina	30-90
	Isocarboxacida	20-50
	Tranilcipromina	20-60

Empleo de los antidepresivos. Los errores más frecuentes en el empleo de los antidepresivos radican en su uso a bajas dosis o por tiempo insuficiente. Como en cualquier padecimiento médico, en el tratamiento de la depresión se debe buscar el máximo beneficio posible y tolerabilidad a las maniobras terapéuticas que empleemos. En el tratamiento de la depresión este máximo beneficio consiste en la desaparición de los signos y síntomas depresivos. Un tratamiento exitoso consiste en la desaparición de síntomas depresivos en un 80%, un éxito moderado como la desaparición de síntomas en un 60% a 80% y un puntaje de mejoría inferior al 50% es inadecuado independientemente de la severidad del proceso antes del tratamiento. Dos síntomas son cardinales para que el clínico pueda guiarse en la evaluación del progreso de los pacientes: la tristeza y la pérdida del gusto o interés por actividades usuales. Otros síntomas molestos como insomnio y ansiedad pueden persistir y ser controlados eventualmente con el antidepresivo o con fármacos ansiolíticos o sedantes.

Duración del tratamiento.

Los antidepresivos tardan aproximadamente dos semanas en iniciar su acción y muy pocos pacientes muestran mejoría antes de este período. El tiempo que puede tomar el que el paciente se vea libre de síntomas es muy variable. Algunos pacientes mejoran lentamente en un periodo de 2 semanas y otros después de no mostrar cambios por varias semanas mejoran rápidamente. Dado que el inicio de acción de los antidepresivos es en promedio de 2 semanas, el clínico debe enseñar a su paciente a esperar este tiempo y se recomienda no hacer cambio de tratamiento antes de 4 semanas, a menos que haya verdadera intolerancia. Varios estudios demuestran que pacientes que no han mejorado después de 4 semanas de tratamiento tienen una buena oportunidad de hacerlo si este periodo se extiende hasta completar 6 semanas.

La depresión es más perjudicial para la salud que la angina de pecho, la artritis, el asma y la diabetes, enfermedades todas ellas crónicas, advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta conclusión, que publica la revista médica británica "The Lancet", es fruto de una investigación que científicos de la OMS llevaron a cabo con 245.404 pacientes de varios países.

En su análisis, los expertos estudiaron los episodios de depresión, angina de pecho, artritis, asma y diabetes que sufrieron durante los doce últimos meses las personas que se sometieron a este estudio.

A pesar de que la prevalencia de la depresión por sí sola se cifraba en un 3,2 por ciento de los pacientes, superada por la angina de pecho (4,5%) y por la artritis (4,1%), los investigadores vieron que esta enfermedad mental era común a muchas personas que presentaban además alguna de las otras dolencias.

En concreto, entre un 9 y un 23 por ciento de los pacientes que participaron en el estudio padecía una o más de esas enfermedades crónicas y también una depresión, lo que hace que los expertos de la OMS relacionen esta última condición con una importante merma en la salud de la población mundial.

Por ello, advierten de que la combinación de la depresión con artritis, asma, diabetes y anginas de pecho es mucho más perjudicial para la salud que el hecho de padecer a la vez dos o más de las otras cuatro enfermedades crónicas.

“Esto muestra la necesidad urgente de situar a la depresión entre las prioridades de los sistemas sanitarios públicos para así reducir las cargas y discapacidades que acarrea esta enfermedad y mejorar la salud de la población mundial”, comentan los científicos en la revista.

En esta misma línea se sitúan los datos que ofrece un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, que publica también “The Lancet” y en el que se insiste en la necesidad de promover el uso de la ayuda psiquiátrica de los sistemas sanitarios en los países menos desarrollados. ⁽¹⁶⁾

Las enfermedades crónicas, se llaman así, porque se van desarrollando poco a poco y de manera silenciosa, es decir, durante las primeras etapas de su desarrollo muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes, que hagan suponer que se están desarrollando. Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones, pero la mayoría, detectadas a tiempo son controlables, hasta el grado de permitir a las personas vivir con calidad y durante mucho tiempo. Aunque existen factores hereditarios que predisponen a las personas a desarrollarlas, las enfermedades crónicas no son transmisibles o contagiosas y se originan principalmente por la personalidad, al valor que se otorgue a la salud y a la vida y sobre todo a los estilos de vida adquiridos, es decir los hábitos que desarrollamos cotidianamente, entre los que están: el tipo de alimentación, el consumo o uso de alguna droga, el sedentarismo y falta de ejercicio físico, la adopción de posturas incorrectas al caminar, sentarse o dormir, la forma de controlar y manejar las emociones y sentimientos, entre otros. Entre las características comunes de las enfermedades crónicas están:

- Generalmente necesitan de un tiempo considerable para desarrollarse y manifestarse.
- Destruyen progresivamente los tejidos del o de los órganos que dañan.
- Todas ellas pueden complicarse severamente y desencadenar otro tipo de enfermedades, ya sea también crónicas o infecciosas.
- Son incapacitantes, no porque el enfermo tenga que dejar de hacer todas sus actividades, sino porque las limita severamente.
- Requieren de un control médico sistemático y permanente, lo que origina muchos gastos y problemas económicos, familiares, laborales y sociales.
- El costo de los tratamientos es alto, debido al consumo permanente de fármacos y la realización de estudios de control, así como de terapias y consultas médicas frecuentes.
- Algunas pueden prevenirse fácilmente al cambiar los estilos de vida adoptados.

Entre las enfermedades crónicas más conocidas como invalidantes o que ocasionan deterioro en el individuo, y se han relacionado con estado depresivo se reportan: la diabetes mellitus (DM) en todos sus tipos, la hipertensión arterial sistémica (HAS), la osteoartritis (OA), el cáncer en cualquier parte del cuerpo entre otras.

Las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares entre las causas de morbi-mortalidad en todos los grupos de edad, sobre todo a partir de los adultos jóvenes, aunque el cáncer es la excepción, ya que se puede presentar desde la infancia. El impacto que tienen estas enfermedades es muy fuerte y rebasa al enfermo, ya que al padecerlas tienen repercusión en aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales, siendo los aspectos psicológicos de gran impacto en la evolución de la enfermedad. Muchas de ellas cuando se descubren están muy avanzadas y los enfermos y sus familiares, pasan por varias etapas psicológicas, que van desde el rechazo, la rabia, la racionalización, la depresión, la aceptación o resignación y la dependencia y en todas ellas y en muchos casos se requiere de ayuda médica psiquiátrica profesional para poder sobrellevarlas. ⁽¹⁷⁾

Del total de 58 millones de defunciones previstas para 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales. Los datos presentados en este panorama general fueron estimados por la OMS

empleando métodos normalizados a fin de maximizar la comparabilidad entre países, y no coinciden necesariamente con las estadísticas de los Estados Miembros). El 60% de todas las defunciones se deben a enfermedades crónicas ⁽¹⁸⁾

La diabetes es un trastorno metabólico que es producto de defectos en la secreción de insulina, una acción defectuosa de la hormona o bien, la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia. La hiperglucemia crónica de la diabetes es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia en el largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. ⁽¹⁹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, existen categorías diagnósticas para la DM: Diabetes tipo 1, 2 intolerancia a la glucosa y diabetes gestacional. ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾. Para el fin de este estudio solo se tomará en cuenta la diabetes mellitus tipo 2, en la cual la mayoría de los pacientes son mayores de 40 años de edad. Los síntomas que caracterizan esta enfermedad son polidipsia poliuria, polifagia, pérdida de peso, astenia, adinamia, los criterios diagnósticos son glucemia plasmática casual de 200 mg/dl o glucemia plasmática en ayunas mayor de 126 mg/dl, en mas de dos tomas en diferente día. La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa cuya participación en la morbilidad y mortalidad en México ha sido creciente; es considerada como un padecimiento postransicional (transición epidemiológica y atención en la salud, influidas a su vez por la transición demográfica). Por un lado su ocurrencia parece ir en aumento, lo cual puede deberse tanto al incremento en la esperanza de vida como a una mayor exposición a los factores de riesgos conocidos y relacionados con el estilo de vida; por el otro, es un padecimiento con una clara respuesta al tratamiento médico lo que ha reducido su letalidad, condicionando una mayor sobrevida del paciente diabético, con el secundario incremento en la prevalencia de la enfermedad. ⁽²²⁾

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de la presión arterial sistólica (PS) por arriba de 140 mmHg , y/o de la presión arterial diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg. La hipertensión arterial sistémica es un importante problema de salud pública, por su alta incidencia y prevalencia que en México ésta última es de 30.7% en adultos mayores de 20 años.⁽²³⁾

La osteoartrosis (OA) también conocida como enfermedad articular degenerativa es el padecimiento reumático más observado en la práctica clínica y ha acompañado al género humano desde su existencia. La Organización Mundial de la Salud y la American Academy of Orthopedic Surgery han elaborado un boceto de definición de la OA como sigue: “la OA es resultado tanto de eventos mecánicos y biológicos que desestabilizan la degradación normal de acoplamiento y síntesis del cartílago articular y hueso subcondral. Aunque se inicia por múltiples causas incluyendo desarrollo, factores genéticos, metabólicos y traumáticos, la OA involucra todos los tejidos de la articulación diartroïdal. Básicamente la OA se manifiesta por cambios morfológicos. Bioquímicos, moleculares y biomecánicos, tanto de las células como de la matriz, lo que ocasiona reblandecimiento, fibrilación, ulceración y pérdida del cartílago articular, esclerosis y eburnación del hueso subcondral, osteófitos, y quistes subcondrales. Cuando la OA es clínicamente evidente se caracteriza por dolor articular, dolor a la presión, limitación de movimientos, crepitación, y en ocasiones derrame y grados variables de inflamación local”. (24)

Sin embargo las enfermedades crónico- degenerativas dependiendo de la discapacidad que se observe secundaria a las mismas, favorece el proceso depresivo., así Piera Fernández (25) menciona que a nivel psicológico la diabetes produce trastornos depresivos que involucra cambios fisiopatológicos tanto en el cuerpo como en el cerebro y en muchos sistemas fisiológicos, en donde el sistema nervioso central y la circulación de hormonas, por ejemplo la insulina, juegan un papel muy importante en el desarrollo de dicha díada (diabetes-depresión), ya que es el hipocampo el encargado de estas funciones; el cual es susceptible a los niveles de glucosa en sangre o a traumatismos craneales. La incapacidad que conlleva la osteoartrosis principalmente en rodilla y cadera, es semejante a la descrita por enfermedades cardiovasculares, aunque es una condición pobremente entendida y atendida, ya que se percibe como parte del proceso de envejecimiento (26). Los pacientes con hipertensión arterial presentan daño y complicaciones a diversos órganos, tales como: Corazón, con su consecuente insuficiencia cardíaca, a nivel de globo ocular con la presencia de retinopatía, en riñón con la aparición de insuficiencia renal principalmente (27).

Antecedentes científicos.

El tema de depresión ya ha sido abordado en estudios previos desde diferentes puntos de vista, en México investigadores como Moreno, Campos, Lara, Tornet en México en la revista de Salud Mental publicaron dos artículos sobre el sistema serotoninérgico en el paciente deprimido como principal etiología de esta enfermedad. ^{(6) (7)}

La prevalencia de depresión en mayores de 65 años, considerándola según la primera versión de la escala de depresión geriátrica de Yesavage Brink con una puntuación mayor de 15 puntos, fue de un 16%, en el estudio realizado por Garcia Serrano y Tobias Ferrer. ⁽²⁸⁾

Otros estudios como “Justifiable depresión”: how primary care professionals and patients view late-life depresión? A qualitative study. Abordan la misma patología en un estudio cualitativo para estudiar a los profesionales de la salud en atención primaria como un problema de su trabajo diario. Describieron a la depresión como un problema justificable y comprensible. Pero se identificó limitaciones en sus propias habilidades y capacidades en esa área, así como carencia de otros recursos a los cuales podrían mandar a estos pacientes. En este estudio se menciona una frecuencia de depresión del 5 al 15% en pacientes ancianos. Y de estos hacerse recurrente en un 50% de ellos. ⁽²⁹⁾

En España en el año 2006 en la Revista Española de Cardiología el Artículo “Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España” se estima la prevalencia de depresión y se identifican los factores biomédicos y psicosociales asociados en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. Se estudió a 433 pacientes \geq 65 años ingresados de urgencia en 4 hospitales españoles desde enero de 2000 hasta junio de 2001, con diagnóstico principal o secundario de insuficiencia cardiaca. Se consideró que había depresión ante la presencia de 3 síntomas en la Escala de Depresión Geriátrica de 10 ítems. Del total de pacientes estudiados, 210 (48,5%) presentaron depresión. Las cifras correspondientes fueron 71 (37,6%) en varones y 139 (57,0%) en mujeres. ⁽³⁰⁾

Asimismo los investigadores Juan Román Urbina y col. estiman la prevalencia de los síntomas depresivos en personas mayores de 64 años. En este artículo el objetivo fue analizar su asociación con variables sociodemográficas, marcadores de fragilidad y enfermedades incapacitantes. Mediante

un estudio descriptivo transversal a través de una encuesta. La muestra estuvo constituida por 417 personas mayores de 64 años del área sanitaria de Guadalajara, España. Para estimar los síntomas depresivos se usó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Brink, con un punto de corte de 6 o superior. El cuestionario contenía variables sociodemográficas, clínicas y escalas evaluativas sobre deterioro cognitivo, discapacidad y riesgo social. Los criterios de fragilidad estudiados fueron: edad mayor de 80 años, ser mujer, deterioro cognitivo, discapacidad, polifarmacia, comorbilidad y riesgo social. La prevalencia de síntomas depresivos fue del 19,7% (intervalo de confianza (IC) del 95%, 15,9-23,4) y tenían diagnóstico de depresión clínica el 5% (IC del 95%, 2,3-7,7). Los síntomas eran más frecuentes en el medio rural ($p < 0,05$), aumentaban con la edad (p de tendencia lineal $< 0,001$) y estaban asociados con el riesgo social ($p < 0,001$), la comorbilidad ($p < 0,001$), el deterioro cognitivo ($p < 0,01$) y la discapacidad ($p < 0,05$). En el análisis multivariante a partir de modelos de regresión logística, sólo la comorbilidad (*odds ratio* (OR) = 2,38; IC del 95%, 1,35-4,20) y el riesgo social (OR = 2,69; IC del 95%, 1,50-4,83) mostraron una asociación estadísticamente significativa. En este estudio se llegaron a las siguientes conclusiones: La prevalencia de síntomas depresivos es muy elevada en las personas mayores de 64 años, 4 veces superior a la frecuencia de depresión clínica, y se asocia con el riesgo social y la comorbilidad.⁽³¹⁾

En México en la zona centro de la ciudad de Mérida Yucatán se llevó a cabo el estudio: “depresión autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo” se trabajó con una población de ancianos por conveniencia, siendo la muestra accidental y no aleatoria. En un estudio de corte transversal en donde para realizarse se visitaron dos asilos y dos estancias en dicha zona.

Encontrándose los siguientes porcentajes de depresión en los asilos que fueron estudiados: un 20% de depresión leve, 13.3% con depresión moderada, y el 3.3% con depresión grave, asimismo en las estancias el porcentaje para depresión leve fue 21.8%, con depresión moderada 3.1% y con depresión grave 3.1%⁽³²⁾

El estudio “La funcionalidad familiar como coadyuvante de depresión en el paciente geriátrico en la UMF no 94 IMSS” en el año 2006, reportó 45% de la muestra estudiada con algún grado de depresión.⁽³³⁾

En el estudio Grado de depresión, funcionalidad y estrés familiar del paciente geriátrico portador de enfermedades crónico degenerativas, se estudiaron 155 pacientes derechohabientes de la unidad, en edad geriátrica, y conforme a la presentación de las enfermedades crónico degenerativas y su comorbilidad se reporto a la hipertensión arterial sistémica (HAS) con osteoartritis (OA) a 27.2%, hipertensión arterial sistémica en 19.4%, Osteoartrosis en 18.7%, Diabetes Mellitus e hipertensión arterial en 11%, Diabetes Mellitus en 9.7%, DM/HAS/OA en 7.1% y DM/OA en 6.5%.En este estudio la evaluación de depresión registró; sin depresión a 49.7%, depresión leve 21.3% y depresión grave 29% ⁽³⁴⁾

Justificación:

Las enfermedades crónico degenerativas son, actualmente, la principal causa de mortalidad en los países industrializados. Antes estas enfermedades no existían debido a que la esperanza de vida era muy baja y la gente se moría antes de poderse enfermar de gravedad. Por otro lado, la vida tan acelerada que ahora se lleva en las ciudades, la contaminación ambiental que antes no existía y la comida enlatada o envasada que está muy de moda en estos tiempos, ha traído como consecuencia la aparición de estos padecimientos.

El término crónico degenerativas, significa que estas enfermedades van avanzando progresivamente hasta que terminan con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerlas. Las enfermedades crónico degenerativas más comunes son la diabetes, la hipertensión arterial sistémica, la osteoartritis, el cáncer y otras más.

Actualmente se ha estudiado mucho sobre cada una de estas y se han encontrado diferentes causas de su aparición, por ejemplo en algunas, la herencia es un factor determinante. También la alimentación deficiente, alta en grasas y azúcares simples, los malos hábitos como el tabaco y el alcohol, la contaminación ambiental que existe en las grandes ciudades, el sedentarismo, son factores que intervienen en su aparición. ⁽³⁵⁾

En estos casos los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, durante el envejecimiento. La depresión es un problema prioritario, en esta área. La presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quién la sufre, esto último de manera particular en el anciano, debido a la frecuente comorbilidad de patología crónico degenerativa y su asociación con patología depresiva, presentes simultáneamente en una interacción compleja. La comprensión dinámica de la enfermedad, de su curso y de su tratamiento puede facilitar el establecimiento de cooperación entre el grupo familiar, el paciente y el médico. El paciente que sabe que la depresión es una enfermedad médica que puede ser tratada, con toda probabilidad seguirá las instrucciones médicas. Así también el que entiende que la depresión tiene recaídas, con mayor probabilidad informará al médico sobre la presencia de síntomas larvados mientras todavía sean fácilmente controlables. En la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS según los motivos de consulta la frecuencia de este padecimiento es muy baja, probablemente se deba a un subregistro. Es por ello que el presente proyecto de investigación busca la frecuencia de

depresión en adultos mayores de 65 años portadores de patología crónica degenerativa, para tener una idea real de la magnitud del problema al cual el médico familiar de esta unidad se esta enfrentando y haga una búsqueda intencionada de estos pacientes, así como se incorpore a la familia del paciente en su manejo. Para esta situación se formulo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en el adulto mayor portador de patología crónica degenerativa?

Objetivo General

Determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores de 65 años portadores de patologías crónico degenerativas como DM, HAS y/o OA.

Identificación de variables.

Variable de estudio

Frecuencia de Depresión en los adultos mayores

Universales:

Sexo
Edad
Estado civil
Escolaridad
Ocupación

Diseños de estudio: descriptivo, analítico, transversal, prolectivo.

Universo de trabajo: Adultos mayores de 65 años

Población de estudio Adultos mayores de 65 años derechohabientes de Instituto Mexicano del Seguro Social

Muestra de estudio: Adultos mayores de 65 años portadores de patologías crónico-degenerativas adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Determinación estadística del tamaño de la muestra La muestra se calculo de una población de 26.568 adultos mayores de 65 años que existen en la UMF No. 94 y por medio del programa estadístico EPI INFO # 6 versión 3.3.2 2005, Con una frecuencia esperada 20% y un peor esperado 15% para un nivel de confianza del 95%, resultó un total de 248 pacientes

Tipo de muestreo: No probabilística por conveniencia.

Criterios de Selección de la muestra

Inclusión:

Adulto mayor de 65 años de edad.

En control de una o varias de las siguientes patologías crónicas degenerativas en este estudio solo se incluyeron Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial sistémica, Enfermedad articular degenerativa.

Que aceptaran cooperar voluntariamente con el estudio

Que supieran leer y escribir

Que contestaran en forma completa el cuestionario a aplicar

Sin patología terminal, neoplásica o VIH.

Procedimiento para integrar la muestra

En la sala de espera de la UMF. 94, el investigador principal invitó de manera personalizada a los usuarios que se encontraron en espera de consulta médica, para ello se explico el objetivo del estudio y su forma de participación. Aquellos quienes aceptaron, se corroboraron previo a la aplicación de instrumentos los criterios de inclusión en el expediente y se procedió a la aplicación de instrumentos de recolección de datos.

Descripción del instrumento

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Brink.

Características y validación del instrumento

En este proyecto de investigación se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage Brink. Escala adaptada específicamente a la población anciana. Exige muy poco tiempo para su administración, evitando y reduciendo así problemas relacionados con la fatiga y atención que pudiesen surgir en la evaluación de este grupo. Fue de gran utilidad como herramienta de apoyo para realizar un diagnóstico precoz. Es la única validada en atención primaria. Se trata de la escala más utilizada en población anciana y es la única diseñada exclusivamente para este grupo de edad, presentando una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%. ⁽³⁶⁾ ⁽³⁷⁾

Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana es Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS), escala también recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Se trata de una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Existe una validación al castellano¹⁵. Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Aunque algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y larga ($r = 0,6$), en otros trabajos la correlación encontrada fue superior al 0,8017, 18 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones.

Instrucciones para su administración versión abreviada de la GDS

- Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años
- La prueba consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas SÍ/NO
- El rango de puntuación oscila de 0 a 15
- Respuestas afirmativas a los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, y 15 equivalen a 1 punto
- Respuestas negativas a los ítems 1, 5, 7, 11 y 14 equivalen a 1 punto.
- Valoración
- Una puntuación mayor o igual a 10 corresponde a una depresión severa
- Una puntuación de 6 a 9 corresponde a una depresión leve
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

Descripción del Programa de trabajo

Se busco la bibliografía del tema elegido y se procedió a la elaboración del proyecto de investigación con la metodología científica, se presentó ante el Comité Local de Investigación de la UMF. 94. Posterior al registro y aprobación del proyecto, el investigador responsable integró la muestra conforme a lo descrito en el apartado correspondiente. Aquellos derechohabientes usuarios que aceptaron participar bajo consentimiento informado y con los requisitos de inclusión, se les pidió que en el área de espera del 2º piso fuera de la oficina de medicina preventiva, contestaran la Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage Brink, el investigador ayudo con la lectura a los pacientes con problemas visuales. Las escalas fueron identificadas con los datos generales del participante tales como: Nombre (algunos pacientes solicitaron ser anónimos y solo se manejó con un numero de folio), edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, consultorio y turno. El número de folio fue progresivo. Inmediatamente al término de sus respuestas, el investigador calificó el instrumento y de manera verbal se les dio a conocer los resultados. En aquellos participantes con categorización por puntaje de depresión severa se le informo a su médico tratante para corroborar y establecer por él la decisión terapéutica a seguir. Aquellos con depresión leve, igualmente fueron enviados con su

médico y fueron invitados a participar en los grupos de trabajo social educativos para ser instruidos sobre las técnicas de autoeficacia y autoeficiencia.. Así mismo se informo al familiar acompañante.

Este procedimiento se llevo a cabo de lunes a viernes de las 7 a 8 hrs am y en el turno vespertino de las 16:00 a las 18:00 hrs hasta complementar la muestra establecida.

Una vez terminado el muestreo los datos fueron vaciados en una hoja de cálculo del programa SPSS. V. 10 para el manejo estadístico correspondiente.

Manejo estadístico Se utilizó estadística descriptiva, se realizó la determinación de porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo al tipo de variable, para la variable de estudio se propone determinación porcentual y para ver la diferencia entre las diferentes entidades (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y osteoartrosis, conforme a la frecuencia de depresión) se utilizo la prueba de Kruskal Wallis con una p de 0.05. la presentación de los datos se hizo a través de cuadros y figuras.

Difusión de resultados

En escrito médico elaborado para su publicación en revista indexada.

Realización de cartel para su presentación en reuniones de investigación.

Cronograma de actividades: (ver Anexo)

Recursos e infraestructura:

Físicos: Área de espera para la consulta de la UMF 94, silla, escritorio

Humanos: Residente de la especialización de Medicina Familiar

Financieros: Los propios del investigador.

Tecnológicos: Computadora, Programa Microsoft Office 2000. Programa SPSS V. 12 para Windows XP. Calculadora.

Materiales: papelería, lápiz y goma. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Brink

Consideraciones éticas

Este trabajo se fundamenta desde el punto de vista ético en: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

El reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, Art.17 frac. 1 (referido a los estudios considerados sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación retrospectiva en los que no se aplica ninguna intervención para la modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos que participan en el estudio, entre los instrumentos que se emplean son cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes y otros) Cumpliendo con los criterios de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Art. 13. Apegándose al los Art. 13, 14, 16 y 18. Se le solicitará su autorización (sobre la base del Art. 21 y 22) y de acuerdo al Art. 23 se podrá dispensar del consentimiento informado al tratarse de un estudio sin riesgo, otorgándose solo que a petición del paciente este lo solicite.

La Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989 y de Ginebra del año 2000.

RESULTADOS

El estudio se realizó con 248 derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, del Instituto Mexicano del Seguro Social. De estos 97 (39.1%) padecían hipertensión, osteoartritis 65 (26.20%), diabetes mellitus 40 (16.12%), Diabetes mellitus e Hipertensión arterial 36 (14.51%), Hipertensión y osteoartritis 6 (2.41%), Diabetes mellitus con hipertensión y osteoartritis 3 (1.20%). Diabetes mellitus y osteoartritis 1 (0.40%).

La muestra se integró por 120 (48.38%) mujeres y 128 (51.61%) hombres, su edad promedio fue de 72.83 años (mínima de 65 años y máxima de 89). Llama la atención el bajo nivel de escolaridad encontrada, ya que 90 (36.29%) participantes señalaron contar solo con primaria incompleta y analfabetismo en 62 (25%). Se encontraron estudios de primaria completa en 73 (29.43%), secundaria completa 9 (3.62%), carrera técnica 8 (3.22%), carrera universitaria 5 (2.016%), secundaria incompleta 1 (0.40%). La ocupación más frecuente fue el ser pensionado/jubilado 111(44.75%) de nuestros pacientes, dedicarse al hogar 97 (39.11%), desempleado 26 (10.48%), comerciante 5 (2.026%), chofer 4 (1.61%), oficios 3 (1.20%), empleado 1 (0.40%), otros 1 (0.40%).

En cuanto a su estado civil, se encontraron casados 112 (45.16%), viudos 103 (41.53%), separados 16 (6.45%), unión libre 14 (5.64%), divorciados 2 (0.80%) y solteros 1 (0.40%).

Con el propósito de identificar si estas variables influyeron en la presentación de depresión se utilizó estadística inferencial por medio de prueba de Kruskal-Wallis, identificándose que solamente el sexo (específicamente femenino) fue significativo con una $p = 0.034$

En la tabla 1 se muestran los resultados por pregunta de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavege Brink aplicada en los 248 participantes de la UMF 94.

Tabla 1.	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1.- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	218	87.90
	NO	30	12.09
2.- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades o intereses?	SI	58	23.38
	NO	190	76.61
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	42	16.93
	NO	206	83.06
4.-¿Se siente a menudo aburrido?	SI	61	24.59
	NO	187	75.40
5.- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SI	206	83.06
	NO	42	16.93
6.- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	81	32.66
	NO	167	67.33
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	213	85.88
	NO	35	14.11
8.- ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SI	44	17.74
	NO	204	82.25
9.- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SI	114	45.96
	NO	134	54.03
10.- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	62	25
	NO	186	75
11.- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SI	238	95.96
	NO	10	4.03
12.- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	32	12.90
	NO	216	87.09
13.- ¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	37	14.91
	NO	211	85.08
14.- ¿Se siente lleno de energía?	SI	190	76.61
	NO	58	23.38
15.- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	40	16.12
	NO	208	83.87

Posterior a la aplicación y calificación de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavege Brink aplicada en los 248 participantes de la UMF 94 se identificó sin depresión, 204 (82.25%) con depresión en 44 (17.74%), y de estos últimos, 27 (61.3%) tuvieron depresión moderada y 17 (38.7%) depresión severa

En cuanto a la ocupación se encontró que el mayor porcentaje de depresión estuvo en el rubro de desempleados, con un porcentaje de 19.23% para depresión moderada, seguido por las amas de casa con un 10.31% para depresión moderada y también un 10.31% para depresión severa.

En el estado civil el mayor porcentaje de depresión estuvo presente en los pacientes separados quienes tuvieron un porcentaje de 18.75% para depresión moderada y un 18.75% para depresión severa, seguido por los pacientes viudos con un 12.62% para depresión leve y 9.71% para depresión severa. Los pacientes casados tuvieron un 8.93% para depresión moderada y 3.57% para depresión severa, los pacientes solteros y divorciados tuvieron un porcentaje de 0% para depresión.

De los 40 pacientes con diabetes encuestados cuatro tuvieron depresión moderada lo que equivale al 10% y dos tuvieron depresión severa (5%). De los 97 pacientes con hipertensión arterial sistémica 16 tuvieron depresión moderada (16.49%) y 7 depresión severa (7.22%). De los 65 pacientes con osteoartrosis tres tuvieron depresión moderada (4.62%) y 5 depresión severa (7.69%). Se detectaron 36 pacientes con Diabetes e hipertensión, de éstos, 3 tuvieron depresión moderada (8.33%) y 2 depresión severa (5.56%). De un total de 6 pacientes con Hipertensión y osteoartrosis uno tuvo depresión moderada (16.67%), al igual que uno con depresión severa (16.67%). Un paciente tuvo diabetes y osteoartrosis sin mostrar depresión. Tres pacientes presentaron las tres patologías en estudio sin presentar depresión.

ANALISIS DE DATOS

Para llevar a cabo el análisis del comportamiento de los datos sociodemográficos de la muestra, como en otros estudios similares, se incluyó a la población demandante del servicio asistencial, resaltando que predominó el sexo masculino, este dato difiere con estudios previos ^(33,34). La literatura menciona que existe una mayor demanda de los servicios de salud en el sexo femenino ⁽³⁸⁾, sin embargo el hecho de que en este estudio haya sido mayor el número de hombres 128 contra 120 de mujeres, nos refleja que en los hombres de este grupo de edad, actualmente hay más aceptación por recibir atención médica; así mismo en este grupo de edad la presencia de padecimientos crónico degenerativos se incrementa importantemente, algunas patologías crónicas predominan más en un sexo que en otro, como la depresión, sin embargo después de los 60 años la demanda de atención por patologías crónicas es la causa principal en ambos sexos ⁽¹⁷⁾; por otro lado la disponibilidad de mayor tiempo podría ser otro factor que influye para que en los servicios de salud veamos con más frecuencias hombres de la tercera edad.

Otro elemento a destacar es que solo 36.29% de los participantes cuentan con primaria completa, existe un alto porcentaje de analfabetismo en este grupo de edad, ya que 62 personas dijeron ser analfabetas representando el 25% de la muestra, probablemente sería factor de riesgo para no entender la información otorgada. Solo 2.016% cuenta con una carrera universitaria, éste último dato puede ser producto del grupo de pacientes que acuden a esta unidad y la zona donde viven.

En cuanto al género, en nuestro estudio se encontró mayor depresión en el género femenino, tal como es referido en la literatura, existe más depresión en mujeres que en hombres. ⁽⁸⁾.

La escolaridad no influye estadísticamente para ocurrencia de depresión según lo demostró este estudio

En cuanto a la ocupación se encontró que el mayor porcentaje de depresión estuvo en el rubro de desempleados. Estos resultados muestran que la situación socioeconómica de los pacientes influye en la respuesta orgánica de los individuos.

No así en el estado civil ya que el mayor porcentaje de depresión estuvo presente en los pacientes separados quienes tuvieron un porcentaje de 18.75% para depresión moderada y un 18.75 para

depresión severa, seguido por los pacientes viudos con un 12.62 % para depresión leve y 9.71%, para depresión severa. Los pacientes casados tuvieron un 8.93% para depresión moderada y 3.57% para depresión severa, y los porcentajes mas bajos fueron en los pacientes en unión libre, solteros y divorciados. Estos resultados llaman la atención pero sus diferencias no son estadísticamente significativas.

Al ser comparados los datos de acuerdo a la asociación de entidades patológicas, llama la atención que existe una diferencia estadísticamente significativa en quienes contaron con la variable de ser hipertensos, por la evolución crónica de las enfermedades estudiadas se encontró que los individuos con mayor número de patologías muestran una diferencia estadísticamente significativa para cursar con depresión. No se encontró en la literatura estudios que asocien Hipertensión con Depresión, como en el caso de diabetes en que ya existen estudios que mencionan una asociación de esta patología con la presencia de depresión, como lo describió Piera Fernández, al referir que, a nivel psicológico la diabetes produce trastornos depresivos ⁽²⁵⁾.

La distribución de la morbilidad y comorbilidad, de acuerdo al diagnóstico de salud de la UMF 94 del año 2007, fue muy semejante en la jerarquización. Así la frecuencia mas elevada fue para portadores de HAS, seguidos por Osteoartrosis, Diabetes y patologías asociadas a éstos.

La evaluación de la depresión en los pacientes portadores de las distintas patologías y sus asociaciones mostró que 204 pacientes no cursan con depresión, cifra elevada ya que corresponde al 82.25% de la muestra, acorde al estudio de salud 2007 de la UMF 94 en donde el diagnóstico de depresión no aparece dentro de las 10 principales enfermedades de demanda, este alto porcentaje podría estar reflejando el trabajo de muchos años en la UMF 94, en los pacientes de la tercera edad, en cuanto a los grupos de autoayuda, como es el grupo SODI para pacientes diabéticos, el trabajo conjunto de personal médico, asistentes y trabajo social al derivar a muchos de estos pacientes a realizar actividades deportivas y recreativas en la UMF 23, así mismo el control médico y apego de los pacientes para evitar las complicaciones tempranas, encontrándose depresión en 17.73% (44 participantes) lo que coloca a la UMF 94 por debajo de los parámetros establecidos en donde se menciona que la depresión después de los 60 años es frecuente encontrarla entre el 20 y el 25%. ⁽³⁾ Sin embargo desconocemos cual sea la frecuencia de depresión en pacientes con estos padecimientos que no acuden a atención médica, quizá por estar muy deprimidos.

De los pacientes con depresión 61.3% cursan con depresión moderada y 38.7% tuvieron depresión severa. Estos resultados se dieron a los médicos familiares tratantes de los participantes para recibir tratamiento farmacológico y/o envié a psiquiatría o psicología.

Durante la entrevista se obtuvo información extra, que no fue considerada cuando se inicio este proyecto y fue aportada voluntariamente por los pacientes mientras contestaban el instrumento, tratando de dar explicaciones del porque contestaban lo que contestaron como por ejemplo en el reactivo: se siente a menudo aburrido: algunos quienes dijeron que si, al momento de entregar la encuesta lo relacionaron con la perdida del empleo. Otro ejemplo es el reactivo: ¿Tiene miedo de que les suceda algo malo?, muchos pacientes refirieron que sus miedos no necesariamente eran por situación de enfermedad o por la edad avanzada, dijeron tener miedo por vivir en esta ciudad llena de peligros.

De los pacientes que prefiere quedarse en casa, algunos pacientes lo relacionaron con la limitación de las capacidades físicas en esta edad, como no poder caminar con facilidad, por perdida de la visión, por mareos, fatiga, etc.

Las diferencias de la presencia de depresión, de acuerdo a las patologías de este estudio, que tienen los pacientes resultaron estadísticamente significativas, $p= 0.001$ por lo que se concluye que al padecer hipertensión y osteoartrosis pueden presentar mayor depresión.

Como resultado de la búsqueda de variables intervinientes se aplico la prueba de Kruskal-Wallis, con el propósito de identificar si estas variables influyeron en la presentación de depresión identificándose que solamente el sexo (específicamente femenino) fue significativo con una $p= 0.034$. A mayor presencia de patologías se presento con mas frecuencia depresión con una $p = 0.001$

Conclusiones:

De nuestros resultados y análisis de los mismos podemos concluir que la depresión en la UMF 94 esta por debajo de la media mundial y nacional, con una frecuencia de 17.74% en una población estudiada. Siendo mas frecuente la depresión en mujeres. Se observo que el mayor porcentaje de depresión se presento en pacientes desempleados y dedicados al hogar.

Sugerencias.

Para tener una visión más amplia de lo que sucede en este grupo de pacientes, que tienen menos depresión que la que se encuentra en otros grupos en el mundo, el presente estudio nos motiva a realizar un protocolo posterior que investigue el perfil en esta muestra, para la realización de un estudio de investigación de tipo analítico, o de un estudio cualitativo, donde se identifique que factores son los que hacen sentir al individuo miedo de que les suceda algo malo, o por que prefieren quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas. Un estudio que nos permitiera encontrar recursos para evitar el aburrimiento en este grupo de edad, cuales son las primeras actividades que dejan de realizar, o que intereses son los primeros que se pierden, en el envejecimiento fisiológico y que los distingue en un proceso de depresión, cuales son los principales factores por los que en ésta etapa de la vida no se sienten satisfechos con su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Salgado A. Manual de Geriatria. 3ª ed. Barcelona: Editorial Masson, 2002:568
- (2) De la Fuente R. La angustia y la depresión. Psicología Médica. Ed. Fondo de Cultura Económica. Segunda edición. México: 438-439
- (3) Marín L P. Depresión en el adulto mayor. Manual de Geriatria y Gerontología de la Escuela Pontificia de Chile: 2000. Disponible en URL: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria/PDF/Depresion.pdf>
- (4) Heinze G. "Depresión". Programa de Actuación continua para médicos generales PAC MG-2 libro 8 Psiquiatría. Academia nacional de Medicina. México. Searle Pfizer. 2da edición. 2000;14-26
- (5) Philip G. Tratamiento farmacológico de la depresión. Flaherty. Psiquiatría. Diagnóstico y tratamiento. Manuales clínicos Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1991;34-36
- (6) Moreno J. El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte. Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Diciembre, México, 2005; 28(6): 20-26
- (7) Moreno J. El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte. Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Enero Febrero, México, 2006: 29(1): 44-50
- (8) Gaviria F M. La depresión. Flaherty. Psiquiatría. Diagnóstico y tratamiento. Manuales clínicos Ed. Panamericana. Primera edición. Buenos Aires 1991;28
- (9) Alfano A. Depresión en la atención primaria en adultos añosos. Gerontología y Geriatria. Año 2. Num 3 Enero 2000 ; 18
- (10) Herrera T J. La depresión en el anciano. Atención Primaria. 2000; Volumen 26(05) : 339-346
- (11) González H. Depresión en el anciano. Gerontología y Geriatria. Año 1, núm 2, Octubre 1999;19-20
- (12) disponible en URL: <http://www.psicologia2000.com/depresion.html>
- (13) Reynolds. Maintenance Treatment of Major Depression in Old Age. The New England Journal of Medicine. Volume 354(11), 16 March 2006, pp 1130-1138
- (14) Secin R, Ontiveros J. Antidepresivos. México, DF. Pharmacia&Upjohn: 1-8

- (15) González A, Sosa A. Tratamiento farmacológico de la depresión. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y otros antidepresivos atípicos. Gerontología y Geriatria. 2000; núm. 4: 17-21.
- (16) disponible en [URL: http://www.laprensa-hispananewspaper.com/print.php?nid=1896&origen=1](http://www.laprensa-hispananewspaper.com/print.php?nid=1896&origen=1)
- (17) disponible en URL: <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/cronicas/334809.html>
- (18) disponible en URL: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html
- (19) Alberto M A, Espinosa F, Reyes H, Trejo J A, Gil E. Guías de práctica clínica para Medicina familiar IMSS. Guía clínica para el diagnóstico y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Capítulo 8 2002; México: 103-122
- (20) Pérez A. Nueva Clasificación de Diabetes. Revista educativa para la salud. México. Año 2. Num. 18 mayo de 1998; p. 12
- (21) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10a revisión. 1996; 262-263
- (22) disponible en URL: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2001/sem52/edit52.pdf>
- (23) disponible en URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_11.pdf
- (24) Ramos F. Manual clínico de Reumatología. Segunda edición. Manual moderno. México. 2004:157-158
- (25) Piera- Fernández. M. Depresión. Aproximación clínica. Rev Farm Prof. 2001; 15: 66-73
- (26) Huerta S. Tratamiento actual de la osteoartritis (primera parte). Rev Mex Reuma 2003; 18(5): 295-302
- (27) Williams G H. Vasculopatía hipertensiva En: Faucci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ ed. Principios de medicina interna 14a. Madrid: A. C Graw Hill, 1998; Vol. 1:1574-89
- (28) García M. Ferrer T. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 7. 30 de abril 2001; 484-488
- (29) Burroughs H. et al. Justifiable depression: How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. Oxford Journals Family Practice and International journal press 2006. Volumen 23 (3), June 2006 ; 369-377
- (30) Guallar P "y col." Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardíaca en España. Revista Española de Cardiología. 2006; 59(8):770-8

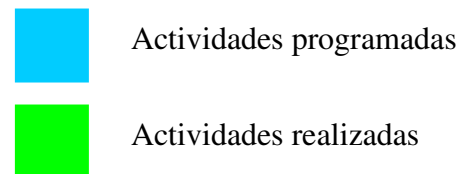
- (31) Urbina J. R “y col.” Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit v.21 n.1 Barcelona jan.-feb. 2007;
- (32) Canto H, Castro E. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol 9 Julio – Diciembre 2004; (2) 257-270 México.
- (33) Liceaga A. La funcionalidad familiar como coadyuvante de depresión en el paciente geriátrico en la U.M.F. No. 94 I.M.S.S. México 2006; 34-37. Tesis
- (34) Sánchez I. Grado de depresión, funcionalidad y estrés familiar del paciente geriátrico portador de enfermedades crónico-degenerativas. México. 2007; 23. Tesis
- (35) disponible en URL:
http://www.mejorvida.com/publica/publica.am?id_publica=221&tipo_publica=Articulo
- (36) Sánchez J A, López A. Salud Mental. Atención Primaria. Cádiz, España. 2000; (3) 2–8.
- (37) Martínez J, Onís Vilches M, Dueñas Herrero M, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Córdoba, España, 2002; Vol. 12 (10) 620-630
- (38) Litman T. La Familia, la salud y la atención de la salud. Un estudio socio-conductista. En: Gartly E. Pacientes, médicos y enfermedades. México: IMSS, 1982:123-173

ANEXOS

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorización
Variable de estudio: Depresión	Síndrome con astenia, adinamia, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), retardo o agitación psicomotora, pesimismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, deseos de muerte y en ocasiones ideación suicida persistentes por mas de seis meses.	Trastorno del afecto valorado a través de la Escala de Yasavage Brink.	Cualitativa	Ordinal	Sin depresión Depresión leve Depresión severa
VARIABLES UNIVERSALES.					
Edad	Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	Serán los años cumplidos de vida de los pacientes. Posteriormente se agruparan casa 10 años iniciando con 65	cuantitativa	Discontinua	Años expresados
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción	Expresión legal que distingue al sexo masculino y femenino	cualitativa	Nominal Dicotómica	Femenino masculino
Estado Civil	Condición legal de un individuo con la sociedad	Condición legal de un individuo con la sociedad, se clasificarán en Soltero, Casado, Viudo, Divorciado y otros	Cualitativa	Categórica	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Escolaridad	Años completos cursados y aprobados en el sistema escolarizado nacional	Nivel determinado por los años de educación formal que ha cursado y aprobado un individuo se clasificaran en: Analfabeta, Primaria, Secundaria, Bachillerato y Licenciatura o mas	cualitativa	Categórica	Primaria Secundaria Técnico Bachiller Profesional postgrado
Ocupación	Actividad laboral que un individuo realiza cotidianamente	Actividad laboral que desempeña en vida o desempeñó hasta su fallecimiento el sujeto, se clasificarán en: Categórica, Jubilado, Desempleado, Empleado, Profesionista	cualitativa	Categórica	Ama de casa Obrero Empleado Técnico Comerciante Profesionista jubilado

Cronograma de Actividades 2006-2008

Actividad	Tipo	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC 2006	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC 2007	ENE 2008	FEB	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JUL 2008		
Introducción a la investigación	Prog.																														
	Rael.																														
Selección del tema	Prog.																														
	Rael.																														
Seminario de investigación I	Prog.																														
	Rael.																														
Seminario de estadística I	Prog.																														
	Rael.																														
Elaboración de protocolo	Prog.																														
	Rael.																														
Seminario de investigación II	Prog.																														
	Rael.																														
Seminario de estadística II	Prog.																														
	Rael.																														
Presentación del Protocolo al Comité de Investigación	Prog.																														
	Rael.																														
Aplicación de encuestas	Prog.																														
	Rael.																														
Análisis de los datos	Prog.																														
	Rael.																														
Organización y presentación de los datos	Prog.																														
	Rael.																														
Conclusiones	Prog.																														
	Rael.																														
Elaboración de Tesis	Prog.																														
	Rael.																														
Presentación de Tesis al comité Investigación	Prog.																														
	Rael.																														



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de la investigación titulado: "Frecuencia de depresión en el adulto mayor portador de patología crónica degenerativa"

Cuyo objetivo es: Determinar la frecuencia de depresión en pacientes adultos mayores con patología crónica que acude a control mensual en esta unidad.

Mi participación consistirá en contestar la escala de Depresión Geriátrica de Yesavege Brink, que se utilizará para saber si curso con depresión. La escala será aplicada por la Dra. Alejandra Janett Ramírez González quien es residente de Medicina Familiar, dicha información será manejada de manera confidencial. El inconveniente para mi, será la inversión de tiempo aproximado entre 30 a 40 minutos el día de mi cita de valoración establecida, fuera del consultorio al termino de la consulta.

Los beneficios serán que yo tenga una detección oportuna si es que curso con depresión y mi médico familiar esté enterado para iniciar manejo y/o enviar al servicio correspondiente, mi participación contribuirá a que se detecte un mayor número de pacientes que estén cursando con depresión para iniciarles tratamiento o bien si lo ameriten sean canalizados por su medico familiar al servicio de Psiquiatría. Con la posibilidad de retirarme del estudio en el momento que lo decida sin que ello repercuta en la atención normal que recibo en mi consultorio. Así como el investigador responderá cualquier pregunta relacionada con el estudio o el procedimiento al que me someta.

Entiendo que conservo el derecho de la confidencialidad de los datos y me comprometo a decir verdad sobre lo que se me pregunta. El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, matrícula y firma del investigador

Testigo

Testigo

Lugar y Fecha: ____

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION NORTE DEL D.F.
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
 JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

INSTRUCCIONES. Marque con una "X" la opción que Usted considere corresponde a su persona.

Nombre: _____ **Numero de afiliación:** _____ **Edad** _____ **Sexo:** _____
Consultorio: _____ **Turno:** _____
Tiene : Diabetes Mellitus **Hipertensión arterial sistémica** **Osteoartrosis.**

1- <i>¿Está básicamente satisfecho con su vida?</i>	SÍ	NO
2- <i>¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?</i>	SÍ	NO
3- <i>¿Siente que su vida está vacía?</i>	SÍ	NO
4- <i>¿Se siente a menudo aburrido?</i>	SÍ	NO
5- <i>¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?</i>	SÍ	NO
6- <i>¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?</i>	SÍ	NO
7- <i>¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?</i>	SÍ	NO
8- <i>¿Se siente a menudo sin esperanza?</i>	SÍ	NO
9- <i>¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?</i>	SÍ	NO
10- <i>¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?</i>	SÍ	NO
11- <i>¿Cree que es maravilloso estar vivo?</i>	SÍ	NO
12- <i>¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?</i>	SÍ	NO
13- <i>¿Piensa que su situación es desesperada?</i>	SÍ	NO
14- <i>¿Se siente lleno de energía?</i>	SÍ	NO
15- <i>¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?</i>	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		