



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

C.M.F. OBSERVATORIO, MEXICO D.F

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE
RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F. OBSERVATORIO DEL
ISSSTE, D.F.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DR. JOSÉ LUIS VARGAS CANO

MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F. OBSERVATORIO DEL ISSSTE, D.F.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ LUIS VARGAS CANO

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. JESÚS FOULLOUX MORALES
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL
C.M.F. OBSERVATORIO

DR. WILBERT PINEDA PINEDA
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
C.M.F. OBSERVATORIO

DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN
DEL ISSSTE.

México, D.F.

2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F. OBSERVATORIO DEL ISSSTE, D.F.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ LUIS VARGAS CANO

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA

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

DEDICATORIAS

A MI FAMILIA: Porque con su estímulo, apoyo, comprensión y cariño he logrado los objetivos que me he trazado en la vida.

A MI HIJO JOSE LUIS: Por toda la ayuda que me brindo para realización de esta tesis.

A DIOS: Por ser mi guía.

INDICE GENERAL

1.-MARCO TEÓRICO	1
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
3.-JUSTIFICACIÓN	24
4.- OBJETIVOS	26
5.-METODOLOGÍA	27
6.-RESULTADOS	33
7.-DISCUSIÓN	50
8.-CONCLUSIONES	53
9.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
10.-ANEXOS	58

MARCO TEORICO:

México ha tenido un rápido incremento en el crecimiento de su población desde 1950. Teniendo planeada una disminución del mismo; lo anterior repercutirá sobre la población de mayores de 65 años la cual tendrá un aumento de 412% de 1950 al año 2,000 debido a la mayor esperanza de vida y a la mortalidad infantil más baja. Las condiciones de existencia bajo las cuales transcurre la vida productiva de los individuos (modo de vida) así como las características del proceso de trabajo provocaran un cuadro patológico característico y conformarán la totalidad de su situación de salud-enfermedad. (1)

La esperanza de vida al nacer se ha modificado en 1930 la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33; para el 2006 la tendencia cambió, los hombres tienen la posibilidad de vivir 72 años y las mujeres 75. (2)

La población de México pasa actualmente por una fase avanzada de transición demográfica y se aproxima gradualmente a la última etapa de acuerdo a proyecciones vigentes del consejo nacional de población (CONAPO), se espera que la transición demográfica de nuestro país se haya completado a mediados del presente siglo. Los habitantes pasarán de casi 100 millones en el 2000 a más de 130 millones en el 2050, presentado un incremento constante en todos los grupos de edad lo mismo ha repercutido en la población de adultos mayores donde su magnitud aumentó de 1950 a 1980 en 17% y para el año 2000 ha aumentado en 41% es decir en 1950 la población senescente era de 1.4 millones personas aprox. en 1980 de casi 4 millones y en el año 2005 se ha calculado en 6.9 millones. Del año 2000 al 2050 se incrementará la población de adultos mayores en 14.1 millones. Los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico, su monto se multiplicará casi siete veces al aumentar de 4.9 a 32.4 millones, es decir dentro de 50 años uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad. El proceso de envejecimiento se puede resumir en la duplicación de la edad mediana de la población de nuestro país, de 23.2 años en 2000 a 46.3 años en el 2050. La vida media aumentaría de 75.3 años en la actualidad a 83.7 años. (3) ahora México inicia su destino demográfico hacia el envejecimiento, el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI.

Para la ONU adulto mayor es la población de 60 años y más para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo de Kiev, 1979, OMS). En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 y más para considerarlo adulto mayor; en la senectud hay un conjunto de modificaciones involutivas, morfológicas y funcionales que por lo general no son patológicas y que usualmente se manifiestan a partir de los 60 años de edad y que marcan el comienzo del envejecimiento. Es común observar deterioro progresivo de las esferas motriz, sensitiva y mental en los seres humanos después de la sexta década de la vida. (3)

En realidad muchas de las alteraciones que acompañan a la senectud tienen comienzo bastante tiempo antes de los 60 años.

Con la industrialización, la función de empresas y la situación económica actual la mayoría de las personas de más de 40 años que no tienen trabajo fijo, ni tierras para la siembra, y si no son dueños de establecimientos o de comercios en determinado momento no pueden seguir trabajando hasta la edad de su jubilación. (4)

El mayor impacto social y probablemente económico del envejecimiento, se desprende de los cambios en el estado de salud que conlleva. Los factores determinantes y condicionantes de la salud del adulto mayor son los siguientes: a nivel individual: género, edad, economía, educación, nutrición y comorbilidad. Intermedios: familia, servicios médico-sociales, pobreza, empleo vivienda, políticas de vejez. Remotos políticas de población, desarrollo, urbanización, migración y patrones culturales. (3)

El problema de las personas ancianas es por ruptura de la célula familiar y cuando viven en ella, se sienten, maltratados y despreciados por el resto de la familia. En muchas ocasiones los ancianos viven solos o en asilos en donde muchas veces no disponen de los cuidados necesarios sobre habitación, cuidados médicos, espacio vital, alimentación e higiene. El anciano ha pasado a ser en algunos países un objeto de explotación (EUA y Francia), al crearse pensiones y asilos donde solo tienen derecho los que poseen medios económicos y consecuentemente al resto se le margina de su medio ambiente, quedando en lugares en donde con frecuencia los cuidados que se les brindan dejan mucho que desear. En cuanto al

alojamiento se pregoniza que los ancianos vivan con sus hijos, para apoyar a los jóvenes productivos en el cuidado de sus hijos.

La jubilación es un cambio de vida, ya que es darle una modificación a un ritmo de vida y descanso y por otro lado empobrecimiento en el sentirse ya no útil tanto para la sociedad como para la familia.(4)

Se ha demostrado que aquellas personas que continúan trabajando, reflejan un optimismo mayor que los que definitivamente dejan de hacerlo, por dejar de percibir su propio sustento ya que el valor máximo de la sociedad es la productividad, y esta mide y exalta al individuo, por lo que es capaz de producir.

La asistencia al anciano requiere de una atención integral llevada a cabo por un equipo multidisciplinario, una planificación asistencial adecuada, con una correcta comunicación interniveles, dentro de la institución, en el hogar y en los servicios sociales específicos. La evolución integral del anciano es fundamental, en ella se conjugan la Medicina y la Gerontología, este enfoque integral debe ir más allá de la historia clínica tradicional para extenderse a los aspectos psicológicos, familiares, sociales, económicos y la disponibilidad de cuidadores. Un manejo gerontológico apropiado mejorará la calidad de vida, disminuirá los efectos negativos de las enfermedades crónico-degenerativas, retardará la discapacidad y el ingreso indiscriminado a los hospitales. Incrementará la precisión diagnóstica, el uso apropiado de los medicamentos, disminución del sufrimiento y tiempo de evolución de los padecimientos intercurrentes lo que significará una mayor supervivencia del anciano. (5)

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable, sin embargo la forma como se envejece y el significado de este proceso son características que se construyen socialmente y que varían de una cultura a otra sin embargo poco se sabe sobre cómo viven y enfrentan cotidiana y actualmente la vejez los adultos mayores y cuáles son sus principales necesidades y temores. (6)

Existen dos palabras con un significado preciso, geron, geronto: anciano y geras: vejez, por lo que para el estudio de los ancianos se originaron la Geriátrica que es la medicina de los ancianos es decir prevención y tratamiento de las enfermedades de la vejez y su asistencia

psicológica y socioeconómica y gerontología que es el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos, (anatomía, fisiología y bioquímica) psicológicos (personalidad y manifestaciones conductuales) y sociales (la introducción, actuación y desempeño de roles en la familia) en un grupo, o en la población en la que vive.

La palabra "senil", proviene de la palabra latina senecere que significa envejecer; por lo tanto, senil es lo relativo a vejez y edad senil y senectud son sinónimos.

El envejecimiento o senescencia como proceso biopsicológico, esta constituido por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible que se inicia mucho antes que sus manifestaciones dé al individuo el aspecto de viejo.

Todos estos cambios, facilitan el desarrollo y presentación de enfermedades que son de difícil diagnóstico y tratamiento. Se considera anciano sano aquel que independientemente de su edad, viva sin experimentar demasiadas deficiencias corporales y mentales; en estas condiciones, todavía es posible encontrar grandes diferencias, aunque los sujetos formen parte de un mismo grupo de edades.

Edades que interesan en el estudio de la tercera edad:

Edad intermedia

Abarca de los 45 a los 59 años, denominada presenil, primer envejecimiento o crítica: aparecen los primeros síntomas de envejecimiento que presentan predisposición a diferentes enfermedades que requieren medidas preventivas.

Senectud gradual

Es el periodo de los 60 a los 69 años de edad, periodo en donde aparecen enfermedades clínicas típicas de la edad, que requieren tratamiento oportuno.

Senilidad o vejez declarada.

Se inicia a partir de los 70 años de edad e incluye al anciano con problemas asistenciales a nivel medico, social y de rehabilitación por los estados de minusvalidez, provocados por las enfermedades y su cronicidad.

Longevos. Se refiere a los mayores de 90 años. (4-7)

FISIOPATOLOGIA

BIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO:

El envejecimiento es una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, con tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional la cual se manifiesta por la pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reduciendo la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo y disminución del contenido hídrico, con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resequedad, la cual se manifiesta principalmente en la piel, como piel seca y sin elasticidad. Las causas del envejecimiento del organismo se desconocen, sin embargo existen múltiples teorías.

Por ejemplo: Teoría clonal o mutacional, teoría autoinmunitaria, teoría del uso y consumo (wear and tear), teoría de la acumulación de productos de desecho, teoría nerviosa, teoría de la calcifilaxia (propuesta por Selge), teoría de los radicales libres, teoría del envejecimiento de la colágena, teoría de las modificaciones de la síntesis de proteínas con el paso de los años, teoría del error independiente del DNA. (7)

El envejecimiento empieza en el momento en que se nace. Un niño crece y se vuelve adulto. Luego en algún punto, el proceso de envejecimiento inicia, la persona sufre un deterioro funcional que finalmente le conduce a la muerte, es lo que la gente suele asociar con el envejecimiento. El término técnico para este deterioro de las funciones que culmina con la muerte es senectud.

La pregunta de cuándo llega una persona a la vejez se puede contestar de varios modos.

La edad cronológica se basa únicamente en el paso del tiempo. Es la edad de una persona expresada en años. La edad cronológica tiene escaso sentido en términos de salud. Sin embargo, la posibilidad de desarrollar un problema de salud aumenta con la edad. Dado que la edad cronológica ayuda a predecir muchos problemas de salud, se emplea en el campo legal y económico.

La edad biológica se refiere a las modificaciones que experimenta el organismo y que se presentan, generalmente con la edad. La visión y el oído por ejemplo, empeoran característicamente con la edad. Dado que estos cambios afectan a algunas personas más que a otras, algunas son biológicamente viejas a los 40 años y otras son biológicamente jóvenes a los 60, e incluso más.

El cuerpo cambia con la edad a causa de las transformaciones que se producen en las células y en los órganos. Tales cambios dan lugar a modificaciones de la función, del aspecto y por lo tanto de la experiencia del envejecimiento.

Al envejecer, las células funcionan peor, con el tiempo, deben morir, y eso forma parte del normal funcionamiento del organismo. El buen funcionamiento de los órganos depende del buen funcionamiento de sus células, las células viejas funcionan mal, además, en algunos órganos las células mueren y no son reemplazadas, por lo tanto el número de células disminuye, cuando el número de células se vuelve demasiado bajo, el órgano no funciona normalmente.

Es más probable que el deterioro considerable de una función se deba a otros factores que al envejecimiento en sí. La causa más común es una enfermedad. Una enfermedad puede producir dolor o confusión, hacer que los movimientos se vuelvan más difíciles, privar a una persona de energía o llevar a la depresión.

La edad crítica es el periodo en el cual se manifiestan los primeros signos del envejecimiento en ambos sexos por lo que el ser humano empieza a advertir que el organismo no funciona en forma óptima como antes y puede el adulto sentir signos biohumorales del primer envejecimiento como hipercolesterolemia que puede ocasionar aterosclerosis, hipercoagulación por trombosis, hiperglucemia por diabetes, hiperuricemia por gota, encontrándose los niveles entre lo normal y lo patológico.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS:

La psicología del envejecimiento explica la conducta adulta, en su desarrollo y a lo largo del ciclo vital. Incluyen aparición y cambio de las aptitudes, percepción y aprendizaje, capacidad para resolver problemas, los sentimientos, las emociones, conocimientos prácticos y la conducta social.

La edad psicológica se refiere a la situación de los individuos en una población determinada en relación con la capacidad de adaptación observada o deducida de mediciones de conducta, puede también incluir las reacciones subjetivas ante el desarrollo y esta relacionada con la edad biológica y la cronológica.

La edad social alude a las costumbres y funciones del individuo, en relación con su grupo o edad.

La situación psicológica, sociológica y financiera de las personas mayores condiciona su conducta, su conducta a su vez, afecta a su capacidad para funcionar. El miedo o las preocupaciones pueden hacer que las personas mayores se vuelvan menos activas, si son menos activas su capacidad para desarrollar sus actividades ordinarias disminuye. Las personas mayores pueden temer que se les haga daño o sentirse violentas por lo tanto abandonan sus actividades preferidas y se quedan en casa. Si tienen problemas de equilibrio pueden tener miedo a caer y fracturarse un hueso. Si tiene incontinencia urinaria pueden tener la preocupación de que se manifieste intempestivamente.

No tener una pareja con quien compartir experiencias o no disponer de dinero suficiente puede, también, impedir la participación en actividades. Las personas que participan en actividades significativas suelen mantenerse sanas y vivir más, así como las personas que tienen apoyo social, unas finanzas adecuadas (las personas con un nivel socioeconómico más alto) y educación superior. (8)

PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR:

En personas mayores de 60 años es mayor el porcentaje de causas físicas que limitan sus actividades, no todos los cambios experimentados con la edad se deben a los cambios

biológicos del envejecimiento y la aptitud física, también tienen importancia las diferencias regionales y clase social a la que pertenece el individuo.

El pertenecer a la clase social desposeída, significa que existe mayor probabilidad de estar afectadas por factores desfavorables en relación con la salud mental y física, las oportunidades educativas, los ingresos, las relaciones familiares y conyugales entre otros. Las circunstancias adversas pueden aumentar en función de la edad, como por ejemplo, la vulnerabilidad ante un ambiente social hostil.

En las personas de edad, suele existir una elevada interacción entre los factores económicos, psicológicos y de salud física.

El cambio de la actividad al retiro ante la vida, ha sido descrito también como un proceso de "desligamiento". Es una reducción en la energía, el individuo puede contribuir voluntariamente al progresivo abandono de las funciones en la sociedad.

Las aptitudes disminuyen en especial el funcionamiento mental y limitan la eficacia de la conducta, por ejemplo, disminuye la función sensorial, la velocidad y ritmo disminuyendo las aptitudes físicas y por ende psicológicas. Las habilidades psicomotoras se deterioran, los cambios en las actitudes debidos a la edad implican aumentos y disminuciones, algunos apenas presentan cambios durante los años de madurez.

Generalmente la cantidad de información que un individuo posee, aumenta a lo largo del ciclo vital, en consecuencia, en la medida en que un problema contenga elementos conocidos será resuelto con más eficacia por el adulto de más edad que por el joven.

El carácter de los adultos de mayor edad tiende a la inflexibilidad, a mantener un punto de vista concreto y resistirse a modificarlo, algunos lo interpretan como tendencia a la seguridad y al equilibrio.

Con el envejecimiento aparecen las enfermedades crónico-degenerativas entre las que se encuentran la hipertensión que puede ser combinada sistólica y diastólica y la sistólica aislada.

La diabetes, en el viejo se piensa que la definición debe ser flexible y no usar únicamente su nivel de glucosa sanguínea para fundamentar el diagnóstico. La gran mayoría de los enfermos

mayores de 60 años de edad tienen el tipo 2 de la enfermedad, esto es una diabetes estable.

Las enfermedades del aparato osteoarticular son importantes por su frecuencia, porque implican una auténtica y particular dimensión geriátrica ya que suelen originar limitación física y requerir medidas de rehabilitación típicas de la geriatría activa moderna, la más frecuente en la edad avanzada es la osteoartritis primaria, otra osteopatía importante y frecuente es la osteoporosis senil.

Enfermedad ácido-péptica: son importantes factores predisponentes; el tabaquismo, abuso de alcohol y enfermedades concomitantes. Es cada vez más común en ancianos sobre todo en mujeres. (7,8, 9)

Como grupo de población el de adultos mayores es quizá más diverso desde el punto de vista fisiológico y social que cualquier otro grupo de edad. Tal diversidad se debe con mayor probabilidad y de forma primordial a factores sociales y a diferentes experiencias sobre el significado de la vejez.

Los ingresos y la educación desempeñan un papel significativo en la conservación de la salud en los últimos años de la vida.

A esta edad las personas suelen hacer un inventario de su vida. Se observa una adaptación positiva a la vejez en aquellas personas que creen que su vida en su conjunto ha valido la pena.

Existe un mito muy arraigado en nuestra sociedad de que “viejo equivale a enfermo”. La enfermedad es frecuente pero no debe ser considerada normal. Un factor importante en la vida de una persona anciana es el de las pérdidas: pérdida de capacidad física y de reservas funcionales, leves cambios de memoria, cambios en los ingresos y quizá más importante pérdida de amigos y miembros de su familia, que cobra un devastador precio en algunas personas ancianas. No es infrecuente que un paciente atraviese un periodo de vida en el que prácticamente cada mes tenga que experimentar la pérdida de un amigo o de un miembro de su familia.

Un área en la que existe un elevado grado de semejanza entre los ancianos es el miedo casi universal a depender de los demás. Este supera con mucho el miedo a la muerte en la mayor parte de los pacientes geriátricos. (10)

DEPRESIÓN:

La depresión es tan vieja como la humanidad y durante muchos siglos fue manejada por amigos, brujos, sacerdotes, y tratada con todo tipo de pócimas, brebajes, baños, cambios de ambiente, etcétera.

La historia del concepto de la enfermedad de los desórdenes del afecto, comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le consideró como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra. Este término Hipocrático sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de la teoría de Hipócrates, para emerger posteriormente en los escritos de Celso en latín como la “Atrabilis” específicamente en su obra de “De Medicina” (año 30 d. c).

El autor griego Galeno entre los años 131 al 201 d. c, definió finalmente el concepto de melancolía y dio una explicación filosófica de tipo humoral.

Samuel Jonhson cambio el término melancólico por depresión. Hacia finales del siglo XIX el término depresión había desplazado virtualmente a la melancolía. A principios del presente siglo se describió a la depresión en términos psicoanalíticos y entre los factores etiológicos resaltaba la pérdida de figuras objétales. (11)

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en la consulta del médico familiar, y cada día cobra mayor importancia; se estima que en año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar manejo integral que incluye psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que mejora de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas.

En atención primaria existe sub diagnóstico y retraso en la identificación de la depresión y, por lo tanto, en el inicio del tratamiento, lo que impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. Es frecuente que el médico de atención primaria considere como “causa” de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento

social o el cambio de roles y los problemas financieros, por lo cual la considera “justificada” y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión. (12)

La importancia del diagnóstico de la depresión en la práctica médica es evidente si se toma en cuenta que menos de 10% de los pacientes con depresión vistos por el médico familiar se canalizan a servicios de salud mental.

La prevalencia de la depresión en la población general es de aprox. 6% a lo largo de la vida, sin embargo solo 50% de los pacientes que reúnen los criterios para hacer el diagnóstico de depresión reciben tratamiento. La prevalencia en la práctica del médico familiar indican que de 6 a 10% de todas las consultas son diagnosticadas como enfermedad depresiva, sin embargo, la depresión solo se diagnostica en un número reducido de casos, a pesar de las prevalencias señaladas, en algunos centros en menos del 1% de las consultas se establece el diagnóstico de depresión, otro aspecto que pone de manifiesto la falta de reconocimiento de los trastornos depresivos en la práctica médica es la elevada prescripción de ansiolíticos y no de antidepresivos.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20%. En la población ambulatoria predomina en el sexo femenino 2 a 1, en 60% de los casos coexiste con ansiedad, en el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como Hipotiroidismo y deficiencia vitamínica (de ácido fólico y vitamina B12) hay enfermedades que se asocian con depresión como Hipotiroidismo, Infarto al miocardio, Diabetes, Alzheimer y Enfermedad vascular cerebral. Se ha mencionado a la depresión como el trastorno afectivo que más se presenta en la población adulta mayor y se caracteriza por ser un problema de etiología psicosocial, tiene un papel predominante sobre las causas biológicas y genéticas.

Los factores físicos, de ánimo o humor se pueden presentar en forma monosintomática, multisintomática, menor, mayor, enmascarada o secundaria a fármacos u otras patologías de base, dicha variedad de síntomas no permite establecer en forma precisa el diagnóstico y es hasta las fases avanzadas cuando pueden ser perceptibles los signos. Debido a esta forma tan abigarrada de expresión clínica suele ser poco identificada e investigada por el médico, aunado a que los pacientes minimizan los síntomas y por lo tanto no es raro encontrarlos

catalogados en forma errónea con el consiguiente deterioro en la calidad de vida, mayor aislamiento, discapacidad física, social, internamientos hospitalarios o en asilos y aumento de suicidios. Hay determinados rasgos de personalidad enraizados en el modo de ser del individuo, conocidos como rasgos constitucionales, estos no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto a los miembros de la familia.(12,13)

Se menciona que cuando la discapacidad y la dependencia suceden en etapas más tempranas de la vida se asocian con depresión, personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar, (sobrinos ahijados, etcétera) se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar, la mayor parte de medicamentos han sido asociados con la depresión pero los más comunes incluyen corticoesteroides e hipnótico-sedantes, cambios de vida recientes, (jubilación, viudez, muerte de familiares y amigos) los aspectos sociales son muy importantes en la etiología de la depresión en los adultos mayores quienes generalmente están pensionados o dependen económicamente de otros familiares como hijos, nietos, sobrinos, etcétera. (14,15)

Causas determinantes:

Existe una creencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez y que se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia.

Causas sociales: Los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia desarrollo de nuestra especie, un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de nuestros antecesores mamíferos, los primates, se destruye.

Los tres sistemas de apoyo social más importante han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo, la ira, sin embargo es característica de la época actual la desintegración de estas tres fuentes de apoyo.

Clínicamente la depresión se manifiesta por un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la

vitalidad que lleva al paciente a disminución de su nivel de actividad y fatiga exagerada incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más.

Se deben presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: disminución de la concentración y de la atención, pérdida de confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia) y pérdida del apetito. (12,16).

Muchos de los pacientes deprimidos se quejan de trastornos de la memoria, existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados y se manifiestan por el impedimento para presentar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea.

La depresión se clasifica en:

Depresiones primarias: Leves, (distónicas) carácter o personalidad depresiva, depresión ansiosa, etcétera.

Profundas, (sintomáticas) depresión pura, depresión de la psicosis maníaco-depresiva.

Vinculadas con el ciclo de vida: Depresión infantil, depresión del adolescente, depresión senil.

A lo largo de la historia son pocos los estudios que se han hecho en donde sea considerada la familia del paciente con cierto grado de depresión, así como el papel tan importante que esta representa en la evolución de la enfermedad.

DIAGNOSTICO:

Se establece con base en el interrogatorio propositivo y examen mental. En el adulto mayor las quejas somáticas, el deterioro cognitivo y los trastornos del sueño suelen predominar siendo éstos los principales motivos de demanda de atención. Más de la mitad de los pacientes que acude a medicina familiar con trastornos de depresión mayor refieren síntomas somáticos más que psicológicos.

Con frecuencia en el paciente adulto mayor la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor. Estos síndromes

incompletos son denominados depresión menor por el DSM-IV-TR. (16) El subdiagnóstico de depresión se debe en parte a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos o estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento. Los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR), constituyen la norma ideal para el diagnóstico de depresión mayor.

No obstante en los últimos 40 años se han utilizado otros instrumentos para la detección de la depresión, como la escala de autoevaluación de Zung, la escala de depresión de Hamilton, o el inventario de depresión de Beck. Sin embargo ninguno tiene la sensibilidad ni la especificidad adecuados para hacerlos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión del anciano. (17) Por otro lado, tampoco existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria, todo lo cual lleva a que este problema pase largo tiempo sin ser diagnosticado o sea insuficientemente tratado. La mejor estrategia de salud pública para combatir este problema es promover el uso rutinario de instrumentos de tamizaje para depresión en la atención al paciente mayor.

La escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Yesavage y Brink en 1982 como respuesta este vacío en los instrumentos de detección y consta de 30 preguntas dicotómicas (si-no). La calificación de acuerdo a lo establecido por los autores es 0-10 puntos, sin depresión, 11 a 20, depresión leve a moderada, 21 a 30, depresión severa. Desde su versión original el GDS ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80-0.95) con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% y distintos tipos de validez dependiendo de la población estudiada, en 1986 Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas la cual conserva la efectividad de la escala original, en 1999 T.Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al. desarrollaron la versión de 5 ítems de la escala de depresión Geriátrica.

El GDS ha sido sometido a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles y el español para México-americanos (13,18, 19).

Criterios para las especificaciones de gravedad para el episodio depresivo:

Criterio A:

En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días.

Síntomas: Estado de ánimo bajo con presencia de consternación, tristeza, melancolía, y pesadumbre, desesperanza y desamparo, apatía, falta de iniciativa y/o irritabilidad.

Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras (anhedonia).

Pérdida de energía o fatiga; con una reducción significativa del nivel de actividad.

Si al menos una de las tres preguntas anteriores es contestada afirmativamente, el paciente se considera con posible depresión.

Criterio B.

En este último mes, durante 2 semanas casi todos los días (Se evalúa por síntomas positivos, y las preguntas sirven para explorar los síntomas; una o más respuestas positivas de las preguntas de un síntoma lo hacen positivo).

Síntomas: disminución de la atención y concentración.

Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad.

Ideas de culpa y de ser inútil.

Perspectiva sombría del futuro.

Alteraciones en el apetito y peso (disminución o incremento).

Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia)

Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones.

CLASIFICACION DE LA DEPRESION POR SU GRAVEDAD:

Síndrome depresivo: para realizar el diagnóstico deben estar presentes 3 o menos síntomas del criterio A + criterio B.

Depresión mayor:

Leve:

Presentes dos de los tres síntomas del criterio A, más dos de los síntomas complementarios del criterio B. Además puede presentarse alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no la deje por completo.

Moderada:

Presentes al menos dos de los tres síntomas del criterio A, más tres de los síntomas complementarios del criterio B además de grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Grave:

Deben estar presentes los tres síntomas del criterio A y por lo menos cuatro de los síntomas complementarios del criterio B. No es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado, riesgo suicida presente o pudo haber realizado intentos suicidas.

Con síntomas psicóticos:

Además de los criterios para episodio depresivo mayor grave presenta ideas delirantes que incluyen temas de pecado, ruina o catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable, alucinaciones auditivas u olfatorias en forma de voces difamatorias o acusatorias y/o cacosmia, inhibición psicomotriz grave que puede progresar hasta estupor depresivo, riesgo suicida elevado.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con enfermedades metabólicas (mal nutrición, deficiencia vitamina B12, deficiencia de folato), enfermedades neurológicas (esclerosis lateral amiotrófica, trastornos del movimiento, enfermedad cerebro vascular.) neoplasias de todo tipo, otros padecimientos psiquiátricos (trastorno bipolar, trastorno distímico, psicosis, demencias, trastorno inducido por abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias), enfermedades endocrinas (cushing, hiperparatiroidismo, hipotiroidismo), enfermedades autoinmunes (polimialgia reumática, artritis reumatoide síndrome de Sögrem, arteritis temporal), enfermedades virales (hepatitis, VIH), medicamentos. (12, 20, 21).

TRATAMIENTO:

Las metas del tratamiento son mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir recurrencia del trastorno, minimizar los efectos adversos del tratamiento así como restablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social. Incluye tres intervenciones psicofarmacológica, psicoterapéutica y psicosocial.

Intervención psicoterapéutica: educación sobre la enfermedad y apoyo emocional, que el medico dará a su paciente durante su consulta habitual.

Intervención psicofarmacológica: se recomienda verificar las posibles interacciones medicamentosas y contraindicaciones; en enfermedades crónicas verificar función renal, antidepresivos tricíclicos (imipramina y amitriptilina) tienen más efectos secundarios y se administran tres veces al día, que los antidepresivos heterocíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina, citalopram o paroxetina) los cuales son de mayor costo económico, menos efectos secundarios y se administran una vez al día por lo que es el tratamiento más efectivo para la depresión mayor y leve a moderada.

Intervención psicosocial: se refiere a mantener un contexto social sano ya que no es posible sanar a un individuo si permanece enfermo el ambiente social que le rodea (12,21)

En el paciente con depresión debido a su padecimiento va disminuyendo paulatinamente su actividad física y en ocasiones el paciente puede dejar de ejecutar el rol que le corresponde con lo que se puede ocasionar dos posibilidades:

- 1.- que la familia lo auxilie en su padecimiento y se intercambien los roles con el fin de no alterar la funcionalidad de la familia
- 2.-que una vez que se instala la depresión se le niegue la oportunidad de seguir siendo parte funcional de la familia y se le segregue del grupo familiar.

Cuando sucede el primer caso la estructura, función y fases del ciclo familiar se puede decir que se encuentra equilibrada y se seguirá dando de acuerdo a lo que la sociedad establece para la función de la misma, lo que sucede en el segundo caso, que la actitud que se ha tomado no es la adecuada y entonces el paciente con depresión al igual que su grupo familiar

pierde parte de su estructura y funcionalidad, por lo cual no solo se ve afectado el núcleo familiar sino que va más allá, afectando a la sociedad, originando disfunción también en las actividades laborales, sociales y de tipo cultural.

Y es a partir de estos aspectos, el interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, debería de ser en gran medida, el enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad, con este enfoque el individuo dejaría de ser visto como ente biológico cobrando así en una forma equitativa los factores de riesgo psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una forma u otra la salud del individuo. Por lo que vemos que el ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo. (22)

Los síntomas depresivos, tanto como la depresión, tienen efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor. En estudios longitudinales y transversales se ha demostrado que los adultos mayores que viven en la comunidad afectados por este problema tienen mayor discapacidad física y social.

La discapacidad corresponde a la reducción (producto de una deficiencia), parcial o total, de la posibilidad de llevar a cabo una actividad de la forma o en los límites considerados como normales para el ser humano. Por otro lado la dependencia se definió como el estado en el que se encuentran las personas, que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica, o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda considerable para realizar sus actividades de la vida diaria.(23)

Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se consideró dependiente cuando hay dificultad y necesidad de ayuda de otra persona para la realización de 1 o mas, de 5 actividades exploradas por el índice de Katz, el cual evalúa capacidad para llevar a cabo las siguientes funciones básicas: bañarse, vestirse, usar el sanitario, trasladarse dentro del hogar y alimentarse.

Dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) exploradas por el índice de Lowton y Brody que evalúa la capacidad para realizar las siguientes funciones: preparar los alimentos, tomar los medicamentos, ir de compras, administrar el dinero, capacidad para utilizar el teléfono, cuidado de la casa, uso de medios de transporte y lavado de la ropa.

Se considera la presencia de dependencia cuando la persona indica dificultad o necesidad

de ayuda de otra persona para la realización de una o más de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. (24)

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESION:

Se considera factor de riesgo a cualquier característica detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

Los factores de riesgo pueden ser causas indicadoras pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente, pueden ser biológicos ambientales, de comportamiento relacionados con la atención a la salud, sociales, culturales y económicos.

El factor de riesgo es un fenómeno de naturaleza física, química, orgánica o psicosocial que actuando fenotípica o genotípicamente influye en la probabilidad del fenómeno estudiado.

El factor de riesgo puede ser determinante en cuanto al factor causal que conduce al desarrollo de la enfermedad, pero también se considera de tipo predictivo, los que sin influir etimológicamente, nos sirven como anunciadores de la enfermedad. Constituyen por lo tanto indicadores de lo que sucede dentro de un sistema biológico y sociológico.

Los factores de riesgo considerados como mayormente causantes de depresión en el adulto mayor, son las enfermedades físicas y la discapacidad, así como los déficits cognitivos, declinación funcional, estatus social, pérdida de empleo, disminución del soporte social, así como los eventos negativos de la vida. La comorbilidad de depresión con otras enfermedades crónicas es común en el adulto mayor. (25)

La frecuencia de síntomas depresivos esta mayormente relacionada en quienes tienen enfermedades crónicas, (13.7%-24.2%) que en los que no la padecen. (7.5%)

Análisis multivariados de esas investigaciones han relacionado la comorbilidad de depresión con enfermedades que producen discapacidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, problemas gástricos, falla cardíaca diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, están asociados con desordenes depresivos. En suma las enfermedades crónicas frecuentemente reportadas por los adultos mayores pueden aumentar el riesgo de padecer

desordenes depresivos. (26)

Con respecto a la depresión y salud física numerosos estudios han mostrado relación significativa entre una y otra en la población adulta mayor en la comunidad. Así mismo estudios prospectivos han mostrado que la depresión incrementa el riesgo de aparición de problemas físicos.

Como lo han indicado numerosas investigaciones al referirse a las relaciones entre integración social y la salud mental la percepción de pertenecer a una comunidad es un elemento importante del bienestar y el ajuste psicológico individual. Por tanto el ánimo depresivo se relaciona con la escala de integración social. (27).

La depresión en la mujer suele ser mas frecuente, pero su diferencia respecto al hombre disminuye con la edad, de tal manera que según los ámbitos suele igualarse. Así se ha descrito en comunidades urbanas donde la discapacidad y el abandono social desplazan a las diferencias de sexo y edad según estas van aumentando, esto se debe a que padecen más enfermedades y son más dependientes socialmente.

Aunque los factores socioambientales actúan como desencadenantes y cofactores de cronicidad y muerte por depresión, solo se ha cuantificado la capacidad explicativa de la depresión por una mala dinámica familiar, tipo de familia, (más frecuente en las familias nucleares) una pobre red de apoyo social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad y la presencia durante varios meses de sucesos vitales estresantes.

Con respecto al tipo de familia estas se clasifican según los criterios propuestos por el Consejo Nacional de Población que distingue entre Familias nucleares, extensas o ampliadas y las compuestas. El primer tipo se define como el hogar constituido por un jefe de familia y su cónyuge y/o hijos (biparental), o un jefe con hijos (monoparental). El hogar ampliado o extenso esta formado por un hogar nuclear con otros parientes (biparental) o un jefe, con hijos y otros parientes. (monoparental) En la familia extensa compuesta se agregan otras personas sin parentesco, viviendo en el mismo hogar. (29)

La discapacidad del déficit visual y auditivo como cualquier pérdida sensorial, es un factor de riesgo conocido para la depresión. (28)

Penninx y colaboradores señalaron que los síntomas depresivos aumentan el riesgo de

desarrollar discapacidad para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD), (AIVD) y la movilidad. (23).

Se ha encontrado así mismo que el riesgo de depresión es mayor entre los jubilados por la pérdida de estatus social, disminución de su autoestima y por sentimientos de inutilidad. Así en el caso de los hombres mayores, el proceso de envejecimiento se vive con mayor tristeza y frustración, debido a que ellos no pueden seguir cumpliendo con el rol social y culturalmente asignado de proveer, de seguir trabajando, para traer sustento e ingreso al hogar.

La pobreza es otro factor que se asocia a las experiencias de envejecimiento, la pobreza está vinculada con la desnutrición, el analfabetismo, la falta de autoestima. (6)

En relación con el número de diagnósticos se encontró un promedio de 6.7 y más del 50% tienen cinco o más diagnósticos lo que según la experiencia internacional subraya el concepto de polienfermedad en el adulto mayor.

Así mismo se identificó en promedio la prescripción de tres medicamentos durante la última semana o mes, lo que corrobora la polifarmacia del adulto mayor. La edad por sí misma no implica mayor número de enfermedades ni más de éstas significa necesariamente mayor número de medicamentos; es evidente que el uso racional de los fármacos impacta de manera positiva en la cantidad utilizada. (29)

Las investigaciones que examinan la relación entre el estado civil y la presencia de un trastorno depresivo han observado que las personas casadas gozan de una mejor salud mental que sus contrapartes solteras y de aquellas que permanecen solas. Menaghan y Lieberman observaron que el divorcio condujo a un incremento de la presencia de trastorno depresivo, otros factores asociados fueron los problemas económicos y reducción de los estándares de vida.

Otros autores señalan que el divorcio o la viudez se asocian con el incremento en la sintomatología depresiva solo en el corto plazo menos de dos años después del evento, pero no en el largo plazo. Aunque se ha comprobado que la pérdida de la pareja está asociada con depresión, la simple presencia de una pareja no es necesariamente un elemento protector.

Estudios realizados en México han concluido que la frecuencia de trastorno depresivo se presentó con mayor frecuencia entre los viudos, (as) separados, (as) o divorciados, (as) que entre los casados, (as) así mismo se observó que las personas con menores ingresos y con niveles más bajos de escolaridad presentaron mayor frecuencia de trastorno depresivo. Entre las principales variables sociales relacionadas con la depresión se encontraron el sexo, la edad, nivel educativo, la clase social y el estado civil.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el tiempo que lleva en servicio el módulo gerontológico en la clínica de medicina familiar observatorio se ha podido observar que los adultos mayores acuden con mucha frecuencia solicitando atención médica por múltiples enfermedades crónico degenerativas y sintomatología diversa que tiene relación con un estado depresivo, tomando ellos esto último como una característica normal de su envejecimiento y considerando la baja frecuencia de diagnóstico de depresión que se realiza, nos ha llevado a pensar que existe subdiagnóstico en la práctica clínica.

Considerando que México ha tenido un rápido incremento en su población adulta mayor y que la esperanza de vida al nacer se ha modificado siendo de 72 años en el hombre y de 75 en la mujer y que la depresión es un problema de salud que afecta a diferentes áreas de la vida y que aunque es más frecuente entre los 20 y 50 años de edad y predomina en el sexo femenino en relación de dos a uno, tenemos que considerar que la población de adultos mayores es más susceptible de padecerla debido a los factores biopsicosociales y familiares que modifican su entorno en esta etapa de la vida y es probable que constituya la mayor causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. El ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia suele subestimarse.

Entre el cuatro y catorce por ciento de los pacientes que acuden a consulta de primer nivel padecen algún grado de depresión, sin embargo la depresión solo se diagnostica en un número reducido de casos en la consulta de medicina familiar, (subdiagnóstico) considerando al ser humano como una unidad biopsicosocial y que existen factores biopsicosociales que condicionan la presencia de alteraciones en la funcionalidad familiar y por ende de depresión, de allí que surja la siguiente pregunta ¿Cuál es la frecuencia de depresión y que factores biopsicosociales relacionados se observan en los pacientes adultos mayores que acuden al módulo de gerontología, turno vespertino, de la C.M.F. OBSERVATORIO DEL ISSSTE en el Distrito Federal.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la frecuencia de depresión y los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, relacionados a la depresión, observados en los adultos mayores derechohabientes, de la Clínica de Medicina Familiar Observatorio del I.S.S.S.T.E. que acuden al módulo de gerontología en el turno vespertino.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-Clasificar por décadas a los pacientes mayores de 60 años
- 2.-Identificar la frecuencia de depresión en pacientes de 60 años y más.
- 3.- Evaluar el grado de depresión geriátrica; leve, moderada o grave según los criterios establecidos por la escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage.
- 4.-Describir los factores asociados biológicos, (edad, sexo, enfermedades asociadas y polifarmacia, discapacidad funcional, privación sensorial) psicológicos, (depresión, soledad, sentimiento de pérdidas) y sociales (jubilación, estado civil, tipo de familia, clase social, escolaridad) en relación con el grado de depresión, de pacientes de 60 años y más que acuden al módulo gerontológico de la C.M.F. Observatorio del ISSSTE.

JUSTIFICACIÓN

La transición demográfica que ocurre en México a dado lugar a un incremento en el número de adultos mayores la cual pasará del 5.5% del total de la población en 2005 al doble en el 2025. Así mismo la depresión constituye uno de los padecimientos psicológicos más frecuentes y en México representa el 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. En la C.M.F. OBSERVATORIO DEL ISSSTE la depresión ocupa el duodécimo lugar entre las causas de morbilidad en la estadística del año 2007.

Existe un subdiagnóstico y retraso en la identificación de la depresión y por lo tanto en el inicio de su tratamiento, esto debido a su presentación atípica en el adulto mayor y debido a que se considera la vejez como algo triste, lo cual impacta negativamente en la salud y en el bienestar físico, psicológico y social de los pacientes adultos mayores, ya que la depresión no tratada puede producir graves complicaciones que empeoran el pronóstico y aumentan el riesgo de muerte en la población adulta mayor.

Al aplicar más estrictamente medidas de detección temprana, para mejorar el diagnóstico y dar atención médica oportuna a este grupo de edad susceptible, se contribuirá desde el primer nivel de atención, para que el médico le de la importancia que la depresión requiere, debido a que es un problema de salud pública, que cuando se diagnostica a tiempo y se trata en forma oportuna, es reversible.

Los médicos familiares que somos el primer contacto de atención médica, debemos investigar intencionadamente los síntomas depresivos, así como los factores asociados con la depresión de los adultos mayores, que viven en la comunidad, cuando estos acuden a la consulta médica, por otros padecimientos.

Debido a que la depresión en todo su espectro, constituye una enfermedad potencialmente reversible y con un pronóstico favorable, este trabajo puede contribuir a fomentar su

diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Debido al interés del investigador y al apoyo de las autoridades médicas y administrativas de la clínica para recabar la información, dentro de las instalaciones médicas, en un tiempo preestablecido y que el módulo gerontológico atiende a la población blanco de este estudio, consideramos factible su realización.

MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio es prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

En la U.M.F. OBSERVATORIO DEL ISSSTE existen actualmente un total de 34,257 derechohabientes, siendo 8193 de 60 años y más, esto es el 23.91% de la población, de los cuales 3,567 esto es el 10.41% son hombres y 4,626 el 13.5 % son mujeres.

La C.M.F. observatorio del ISSSTE se encuentra situada en la avenida Observatorio No.222, col. Daniel Garza delegación Miguel Hidalgo. En el Distrito Federal.

Del 1º. De mayo al 31 de agosto del 2008.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestreo no aleatorio, por cuotas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.-Personas de 60 años y más.
- 2.-Ambos sexos.
- 3.-Derechohabientes de la C.M.F.OBSERVATORIO.
- 4.-Turno vespertino.
- 5.-Acudan a la consulta en forma programada o espontánea en el período de mayo a Agosto del 2008.
- 6.- Deseen participar en el estudio.
- 7.- Sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1.-Derechohabientes menores de 60 años.
- 2.-Derechohabientes de otras clínicas.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1.-Encuestas incompletas o ilegibles.

VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	MODO DE EVALUACION
EDAD	s.f. Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento, tiempo, época.	Cuantitativa Nominal	Años
SEXO	s.m. Constitución orgánica que distingue macho y hembra.	Cualitativa Nominal	Masculino femenino
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Viudo divorciado
ESCOLARIDAD	s.f. Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.	Cualitativa Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Profesional
DEPRESION	Trastorno afectivo, estado de animo de tristeza, sin causa aparente la mayor parte del día, disminución de vitalidad, actividad, capacidad de concentración y atención, capacidad de pensar y perdida de confianza en si mismo, sentimientos de inferioridad, fatiga, anorexia, trastorno de sueño.	Cualitativa Nominal	Leve Moderada Severa (mayor)

OCUPACION LABORAL	Acción y efecto de ocupar, I. Trabajo, oficio o actividad en que uno emplea su tiempo.	Cualitativa Nominal	Ama de casa Jubilado Empleado de gobierno Comerciante Pintor de casas Electricista Chofer Mecánico plomero profesora
DEPENDENCIA FUNCIONAL	Estar subordinado a una persona o cosa, estar conectada a una cosa con otra. Necesitar una persona o cosa a otra.	Cualitativa Nominal	Independiente para Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Dependiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	Cualquier trastorno del cuerpo o la mente que puede provocar malestar y/o alteración de las funciones normales. Se originan por alteración anatómica y funcional de los tejidos de cualquier órgano, aparato o sistema del organismo	Cualitativa Nominal	Hipertensión Diabetes mellitus Dislipidemia Artritis Epoc Insuf venosa perif. Etc.
SENTIMIENTO DE PERDIDAS	Dejar de tener o no saber donde está una cosa que alguien poseía, sufrir separación de una persona querida, generalmente por su muerte	Cualitativa Nominal.	Perdida de salud Perdida de estatus social Perdida de capacidades Fallecimiento de familiares y/o amigos.
POLIFARMACIA	Según la OMS polifarmacia	Cualitativa	Uso de 4 o más

	significa consumir más de tres medicamentos simultáneamente	Nominal	medicamentos simultáneamente
ESTRATO SOCIO-ECONOMICO	Clase o nivel social, grado de bienestar alcanzado por un individuo o grupo social, que interesa a la sociedad definida en términos económicos.	Cualitativa Nominal	Estrato socioeconómico bajo. Estrato socioeconómico medio. Estrato socioeconómico alto.
DEPRIVACION SENSORIAL	Falta prolongada de estimulación de un sentido, baja capacidad para interpretar y/o utilizar la información recibida, déficit sensorial visual y/o auditivo	Cualitativa Nominal	Sin déficit Déficit visual Déficit auditivo Ambos

METODO PARA CAPTACION DE LA INFORMACION:

ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES:

Se estableció que durante los meses de mayo a agosto del 2008 al mismo tiempo que se realizaría la investigación documental se llevaría a cabo la investigación de campo en la C.M.F. OBSERVATORIO del ISSSTE D.F. Se invitará de 2 a 3 derechohabientes por día hasta completar 120, de 60 años y más, de ambos sexos, que acuden de forma espontánea para el control de sus padecimientos médicos y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

A los que acepten participar en forma voluntaria, se les explicará detalladamente sobre los objetivos de la investigación, haciendo énfasis en el carácter confidencial de la misma, se les aplicaran los siguientes cuestionarios, en una sola visita, escala de depresión geriátrica, (GDS) tamizaje de envejecimiento, escalas de katz, Lowton-Brody y la historia clínica geriátrica, por el médico investigador y una enfermera adscrita al modulo gerontológico, capacitada previamente para captar la información requerida.

Posteriormente se hará el recuento de todas las variables estadísticas estudiadas, las cuales se someterán posteriormente a análisis estadístico básico para obtener rango, moda, media y mediana así como elaboración de porcentajes, los cuales se plasmaran en tablas y graficas, para elaborar posteriormente la discusión y conclusiones del trabajo.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Este proyecto de investigación respeta los lineamientos marcados por la declaración de Helsinki y su revisión en 2004 así como la ley general de salud en México en lo que respecta a trabajos de investigación en seres humanos basándose en el titulo quinto, articulo 100, fracciones I, II, III, IV, V y VI de dicha ley, por lo tanto no se considera que ponga en riesgo la salud física o psicológica de los pacientes.

RESULTADOS:

En la clínica Observatorio del ISSSTE, D.F. existen en la actualidad 34,257 derechohabientes en total. De los cuales 8,193 son de 60 años y mas, 3,567 son hombres y 4,626 mujeres. De esta población se tomaron como muestra 120 pacientes, 43 hombres y 77 mujeres.

El rango de edades que se encontró fue entre 60 y 90 años, con una moda de 72 años, media aritmética de 73.2 años y la mediana de 73 años.

Se clasifico por décadas a los pacientes, encontrándose 40 pacientes de 60 a 69 años, (35%) 53 pacientes de 70 a 79 años (44%) y 27 pacientes de 80 años y más. (22.9%) Tabla No.1.

Se encontró, sin depresión a 68 pacientes (56.5%) y con depresión a 52 pacientes. (43.5%) De los pacientes con depresión, se obtuvo la siguiente distribución por décadas, 18 pacientes de 60 a 69 años, (15%) 22 pacientes de 70-79 años (19.5%) y 12 pacientes de 80 años y más (9%).

Según el grado de depresión:

Con depresión Leve, se encontraron 6 pacientes entre 60-69 años de edad, (5%) 8 pacientes de 70-79 años (7%) y 4 pacientes de 80 y más (3%).

Con depresión moderada, se encontraron 4 pacientes de 60-69 años, (3%) 7 pacientes de 70 a 79 años de edad, (6%) así como 4 pacientes de 80 y más (3 %).

Con depresión severa, se encontraron 8 pacientes de 60-69 años, (7%) 7 pacientes de 70-79 años de edad, (6.5%) 4 pacientes de 80 y más (3%). Tabla No.1.

Según el sexo:

Se encontraron, 23 pacientes (19%) del sexo masculino y 45 pacientes del sexo femenino, (37.5%) sin depresión.

De sexo masculino, se encontraron 6 pacientes (4.5%) con depresión leve, 6 pacientes (4.5%) con depresión moderada y 6 pacientes, (4.5%) con depresión severa.

De sexo femenino, 12 pacientes (10.5%) con depresión leve, 9 pacientes (7.5%) con depresión moderada y 13 pacientes, (11.5%) con depresión severa (11.5%). Tabla No. 1

En el estudio se encontró, que la depresión se encuentra asociada con las siguientes

patologías crónico-degenerativas: Hipertensión arterial, 34 casos, (28.5%) Diabetes mellitus 18 casos, (15%) insuf. Venosa periférica 9 casos, (7.5%), dislipidemia, 7 casos, (6%) EPOC, 6 casos, (5%) osteoartritis 6 casos, (5%) Glaucoma, 5 casos, (4%) colitis, 3 casos, (2.5%) Gastritis, 3 casos, (2.5%) cardiopatía isquémica, 2 casos, (1.5%) insuf. Renal crónica, 2 casos, (1.5%) obesidad mórbida, 1 caso. (1%) Gráfica No.1

Cabe hacer notar, que se encontró un promedio de 4 patologías agregadas, en los pacientes deprimidos.

Al investigar la depresión y su relación con polifarmacia, se encontró 21 pacientes, (21%) sin depresión y sin polifarmacia y 43 pacientes, (35%) sin depresión y con polifarmacia.

De los pacientes con depresión y sin polifarmacia, se encontraron 2 pacientes, (1.5%) con depresión leve, 6 pacientes, (5%) con depresión moderada y 5 pacientes, (4%) con depresión severa.

De los pacientes con depresión y que tienen polifarmacia, se encontraron 16 pacientes (13.5%) con depresión leve, 9 pacientes, (7.5%) con depresión moderada y 14 pacientes, (12%) con depresión severa. Tabla No. 2

En relación a Depresión y dependencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria:

Se encontraron 57 pacientes, (47.5%) sin depresión, con independencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y 11 pacientes, (9%) sin depresión, con dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Así mismo, se encontraron 13 pacientes, (11%) con depresión leve y con independencia para actividades básicas de la vida diaria, 14 pacientes, (11.5%) con depresión leve e independencia para actividades instrumentales de la vida diaria.

Se encontraron 11 pacientes, (9%) con depresión moderada e independencia para actividades básicas de la vida diaria y 12 pacientes, (10%) con depresión moderada e independencia para actividades instrumentales de la vida diaria.

Se encontraron 12 pacientes, (10%) con depresión severa e independencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Se encontraron, 5 pacientes, (4%) que tuvieron depresión leve y dependencia para

actividades básicas de la vida diaria y 4 pacientes, (3.5%) con depresión leve y dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria.

Se encontraron, 4 pacientes, (3.5%) que tenían depresión moderada y dependencia para actividades básicas de la vida diaria.

Se encontró 3 pacientes, (2.5%) con depresión moderada y dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria.

Se encontró que 7 pacientes, (6%) tuvieron depresión severa y dependencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Tabla No.3

En cuanto al déficit sensorial (visual y auditivo):

De los pacientes sin depresión, se encontró que 22 pacientes, (18%) no tienen ningún déficit sensorial y que 30 pacientes, (25%) tienen déficit visual, 6 pacientes (5%) tienen déficit auditivo y 10 pacientes, (8.5%) tienen déficit visual y auditivo al mismo tiempo.

De los pacientes con depresión y sin déficit visual ni auditivo, se encontraron, 5 pacientes, (4%) con depresión leve, 6 pacientes, (5%) con depresión moderada y 2 pacientes, (1.5%) con depresión severa.

Se encontró con depresión y déficit visual, 5 pacientes, (4%) que tienen depresión leve, 4 pacientes, (5%) con depresión moderada, 9 pacientes, (7.5%) que tienen depresión severa.

Se encontró, con depresión y déficit auditivo, 1 paciente, (1%) que tiene depresión leve y 1 paciente, (1%) con depresión severa.

Con depresión y déficit visual y auditivo, se encontró que 7 pacientes, (6%) tienen depresión leve, 3 pacientes, (2.5%) tienen depresión moderada y 7 pacientes, (6%) tienen depresión severa. Tabla No.4

En cuanto a depresión y sentimiento de pérdidas:

Sin depresión y sin sentimiento de pérdidas, 12 pacientes, (10%) es del sexo masculino y 30 pacientes, (25%) del sexo femenino.

Con depresión y sin sentimiento de pérdidas, 11 pacientes, (9%) son del sexo masculino y 15 pacientes, (12.5%) del sexo femenino.

De sexo masculino, con depresión y sin sentimiento de pérdidas, Se encontraron 4 pacientes, (3.5%)) con depresión leve, 3 pacientes, (2.5%), con depresión moderada y 2 pacientes, (1.5%) con depresión severa.

De sexo femenino, con depresión y sin sentimiento de pérdidas, se encontró 7 pacientes, (6%) con depresión leve, 5 pacientes, (4%) con depresión moderada y 5 pacientes (4%) con depresión severa.

De sexo masculino, con depresión y con sentimiento de perdidas, se encontró 3 pacientes, (2.5%) con depresión leve, 3 pacientes, (2.5%) con depresión moderada y 4 pacientes, (3.5%) con depresión severa.

De sexo femenino, con depresión y con sentimiento de perdidas, se encontró 4 pacientes, (3.5%) con depresión leve, 4 pacientes, (3.5%) con depresión moderada y 8 pacientes, (6.5%) con depresión severa. Tabla No. 5

Ocupación laboral:

Se encontró que entre quienes no padecen depresión, 39 pacientes, (32.5%) son amas de casa, 19 pacientes, (15%) son jubilados, 3 pacientes, (2.5%) se dedican al comercio, 2 pacientes, (1.5%) son choferes, 1 paciente, (1%) es empleado de gobierno, 1 paciente, (1%) es profesor, 1 paciente, (1%) es electricista, 1 paciente, (1%) es mecánico y 1 paciente, (1%) es plomero. Tabla No. 6

Entre quienes padecen depresión leve, se encontraron, 10 amas de casa, (8.5%) 5 pacientes, (4%) jubilados, y 1 paciente, (1%) es pintor de casas.

Con Depresión moderada, 8 amas de casa, (6.5%) 7 jubilados, (5.5%) 1 comerciante (1%) y 1 pintor de casas (1%).

Con Depresión severa, 10 amas de casa, (8.5%) 7 jubilados, (5.5%) 1 comerciante (1%) y 1 Empleado de gobierno. (1%) Tabla No. 6

Según estado civil:

Se encontró sin depresión, 36 casados, (30%) 25 viudos, (21%) 4 divorciados (3%) y 3 solteros. (2.5%)

Con depresión leve, 10 pacientes viudos, (8.5%) 7 casados (5.5%) y 1 divorciado (1%).

Con depresión moderada, 10 pacientes viudos, (8.5%) 8 casados, (6.5%) 1 soltero (1%) y 1 divorciado. (1%)

Con depresión severa, 9 pacientes viudos, (7.5%) 7 casados, (5.5%) 2 solteros (1.5%) y 1 divorciado. (1%) Tabla No. 7

Según tipo de familia:

De los pacientes sin depresión, 46 pacientes, (38.5%) pertenecen a una familia nuclear, 17 pacientes, (14%) pertenecen a una familia extensa y 5 pacientes, (4%) viven solos.

Entre los pacientes con depresión leve, 13 pacientes, (11%) viven en una familia nuclear, 2 pacientes, (1.5%) en una familia extensa y 3 pacientes, (2.5%) viven solos.

Con depresión moderada, 9 pacientes, (7.5%) viven en una familia nuclear, 4 pacientes, (3.5%) en una familia extensa y 2 pacientes (1.5%) viven solos.

Con Depresión severa, 11 pacientes, (9%) pertenecen a familia nuclear, 4 pacientes, (3.5 %) a una familia extensa y 4 pacientes, (3.5%) viven solos. Tabla No. 8

De los pacientes sin depresión, 61 pacientes, (51%) pertenecen al estrato socio-económico bajo y 7 pacientes, (5.5%) pertenecen al estrato socio-económico medio.

Se encontró con depresión y un estrato socio económico bajo a 18 pacientes, (15%) con depresión leve, 14 pacientes, (11%) con depresión moderada y 17 pacientes (14%) con depresión severa.

Así mismo con depresión y un estrato socio económico medio, 1 paciente, (1%) con depresión moderada y 2 pacientes, (2.5%) con depresión severa. Tabla No. 9

En cuanto al nivel escolar:

Se encontró, 15 pacientes, (12.5%) sin depresión y sin ningún nivel de escolaridad, 39 pacientes, (32.5%) con nivel de primaria, 10 pacientes, (8%) con nivel de secundaria, 3 pacientes, (2.5%) con nivel de preparatoria y 1 paciente, (1%) con nivel de normal de maestros.

En cuanto a pacientes con depresión leve, se encontró, 4 pacientes, (3.5%) sin escolaridad,

12 pacientes, (10%) con nivel de primaria y 2 pacientes, (1.5%) con secundaria.

De los pacientes con depresión moderada, 6 pacientes, (5%) no tienen escolaridad, 8 pacientes, (6.5%) tienen nivel primaria y 1 paciente, (1%) con secundaria,

Con depresión severa 5 pacientes, (4.5%) no tiene escolaridad, 11 pacientes, (9%) tiene solamente primaria, 2 pacientes, (1.5%) con secundaria y 1 paciente, (1%) con nivel de normal de maestros. Tabla No.10.

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 1
EDAD, SEXO Y GRADO DE DEPRESION

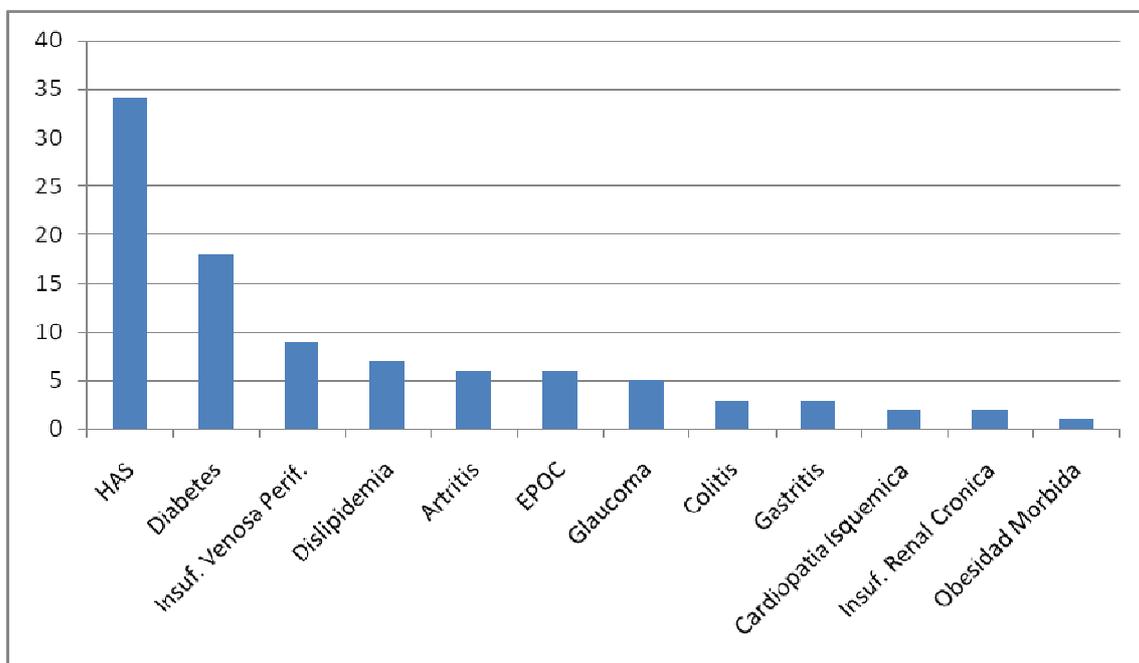
Sexo	Masculino								Femenino							
	Sin Depresión		Con Depresión						Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderada		Severa				Leve		Moderada		Severa	
Décadas																
60-69 años	10	8.5%	2	1.5%	2	1.5%	3	2.5%	12	10%	4	3.5%	2	1.5%	5	4.5%
70-79 años	11	9%	2	1.5%	2	1.5%	1	1%	20	16.5%	6	5.5%	5	4.5%	6	5.5%
80 y mas	2	1.5%	2	1.5%	2	1.5%	2	1.5%	13	11%	2	1.5%	2	1.5%	2	1.5%
Total	23	19%	6	4.5%	6	4.5%	6	5%	45	37.5%	12	10.5%	9	7.5%	13	11.5%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Grafica No 1

PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DEPRESION ASOCIADA A ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS



Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 2

PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESION EN RELACION CON POLIFARMACIA

	Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderada		Severa	
Con Polifarmacia	43	35.5%	16	13.5%	9	7.5%	14	12%
Sin Polifarmacia	25	21%	2	1.5%	6	5%	5	4%
Total	68	56.5%	18	15%	15	12.5%	19	16%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 3

PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESION EN RELACION CON DEPENDENCIA PARA ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.

	Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderada		Severa	
Dependencia actividades instrumentales vida diaria.	11	9%	5	4%	4	3.5%	7	6%
Dependencia actividades básicas vida diaria	11	9%	4	3.5%	3	2.5%	7	6%
Independencia actividades instrumentales vida diaria	57	47.5%	13	11%	11	9%	12	10%
Independencia actividades básicas	57	47.5%	14	11.5%	12	10%	12	10%
Total	68	56.5%	18	15%	15	12.5%	19	16%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 4

PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESION EN RELACION CON DEFICIT SENSORIAL

	Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderada		Severa	
Sin Déficit Sensorial	22	18%	5	4%	6	5%	2	1.5%
Déficit visual	30	25%	5	4%	6	5%	9	7.5%
Déficit Auditivo	6	5%	1	1%	0	0%	1	1%
Ambos	10	8.5%	7	6%	3	2.5%	7	6%
Total	68	56.5%	18	15%	15	12.5%	19	16%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 5

PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESION Y SENTIMIENTO DE PÉRDIDAS

Diagnostico	Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderado		Severa	
Sexo	Masc.	Fem.	Masc	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Sin Sentimiento de perdidas	12(10%)	30(25%)	4(3.5%)	7(6%)	3(2.5%)	5(4%)	2(1.5%)	5(4%)
Con Sentimiento de perdidas	11(9%)	15(12.5%)	3(2.5%)	4(3.5%)	3(2.5%)	4(3.5%)	4(3.5%)	8(6.5%)
Total	23(19%)	45(37.5%)	7(6%)	11(9.5%)	6(5%)	9(7.5%)	6(5%)	13(10.5%)

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 6

PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESION Y OCUPACION LABORAL

	Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderada		Severa	
Ama de casa	39	32.5%	10	8.5%	8	6.5%	10	8.5%
Jubilado	19	15%	5	4%	7	5.5%	7	5.5%
Comerciante	3	2.5%			1	1%	1	1%
Empleado de Gobierno	1	1%					1	1%
Pintor de casas			1	1%	1	1%		
Electricista	1	1%						
Chofer	2	1.5%						
Mecánico	1	1%						
Plomero	1	1%						
Profesor	1	1%						
Total	68	56.5%	16	13.5%	17	14%	19	16%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 7

PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESION Y ESTADO CIVIL

	Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderada		Severa	
Soltero	3	2.5%			1	1%	2	1.5%
Casado	36	30%	7	5.5%	8	6.5%	7	5.5%
Divorciado	4	3%	1	1%	1	1%	1	1%
Viudo	25	21%	10	8.5%	5	4.5%	9	7.5%
Total	68	56.5%	18	15%	15	13%	19	15.5%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 8

PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESION Y TIPO DE FAMILIA

	Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderada		Severa	
Vive solo	5	4%	3	2.5%	2	1.5%	4	3.5%
Familia Nuclear	46	38.5%	13	11%	9	7.5%	11	9%
Familia Extensa	17	14%	2	1.5%	4	3.5%	4	3.5%
Total	68	56.5%	18	15%	15	12.5%	19	16%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 9

PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESION Y ESTRATO SOCIO-ECONOMICO

	Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderada		Severa	
Nivel Bajo	61	51%	18	15%	14	11%	17	14%
Nivel Medio	7	5.5%			1	1%	2	2.5%
Nivel Alto								
Total	68	56.5%	18	15%	15	12%	19	16.5%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

FRECUENCIA DE DEPRESION Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONSULTA MEDICA EN LA C.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE D. F.

Tabla No 10

PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESION Y ESCOLARIDAD

	Sin Depresión		Con Depresión					
			Leve		Moderada		Severa	
Ninguna	15	12.5%	4	3.5%	6	5%	5	4.5%
Primaria	39	32.5%	12	10%	8	6.5%	11	9%
Secundaria	10	8%	2	1.5%	1	1%	2	1.5%
Preparatoria	3	2.5%						
Normal de Maestros	1	1%					1	1%
Total	68	56.5%	18	15%	15	12.5%	19	16%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la C.M.F Observatorio de mayo a agosto 2008

DISCUSIÓN:

En este estudio, se encontró, que la depresión es una enfermedad poco diagnosticada en el adulto mayor, que acude al primer nivel de atención médica y que por lo tanto no se da tratamiento en forma adecuada y oportuna.^{17,28}

Es mayor la frecuencia de depresión en personas de 70 años en adelante, en etapa de senilidad o vejez declarada.^{14,27}

Con relación al sexo, en nuestro estudio se confirma que es más frecuente en el sexo femenino, en relación de 2 a 1 aproximadamente. Sin embargo esta diferencia con respecto al hombre se acorta con la edad.^{28,29}

Así mismo, encontramos una frecuencia de depresión en los casos estudiados del 43.5%. De los cuales, 15% cursa con depresión leve, 19.5% tiene depresión moderada y 9% con depresión severa, correspondiendo 14% a hombres y 29.5% a mujeres, que comparado con otros autores, que reportan una frecuencia de 5% en hombres y 9.5% en mujeres, manifiesta una mayor frecuencia, probablemente debido a que son individuos dentro de una comunidad con características distintas a las anteriormente estudiadas y al poco diagnóstico que existe de la misma.¹²

Encontramos que la depresión, se encuentra asociada con enfermedades crónico-degenerativas, siendo las más frecuentes, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia venosa periférica, dislipidemia, epoc, artropatías, glaucoma, colitis, gastritis cardiopatía isquémica insuficiencia renal y obesidad mórbida, en ese orden.²⁶

Se encontró adicionalmente, que la depresión frecuentemente se asocia con polipatología, en promedio, 4 enfermedades concomitantes, en otros estudios se ha correlacionado con 6.7, siendo esto, un importante factor causal de depresión en el adulto mayor.³⁰

En 39 pacientes (75%) con depresión, se encontró polifarmacia, con uso de más de 4 medicamentos por paciente, lo que revela la alta frecuencia de la misma en los adultos mayores y en especial los deprimidos.³⁰

En relación a la dependencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su relación con depresión, en nuestro estudio no se encontró una significativa frecuencia. Sin embargo esta puede desarrollarse con el paso del tiempo.²³

El déficit sensorial, (visual, auditivo o ambos) es un factor importante como causa de Depresión, se encontró en 37 pacientes, del total de deprimidos, lo que revela un porcentaje alto, (71%) en relación con lo mencionado por otros autores.²⁸

Se observa un alto porcentaje (50%) de pacientes, con algún grado de depresión y con sentimiento de pérdidas, (mayormente duelo y percepción de salud perdida) siendo este aun mayor, en los que tienen depresión severa, (19%) y en el sexo femenino, (13.5%) probablemente por la mayor frecuencia de viudez, así como mayor deterioro de la salud que padece la mujer.^{27, 29}

Así mismo en el estudio se encontró, que el mayor porcentaje entre los pacientes deprimidos, esta entre las amas de casa (54%) y jubilados, (36.5%) probablemente por pérdida del rol social de jefes de familia.²⁹

Un mayor porcentaje de deprimidos esta entre los viudos y casados, lo que indica que el hecho de vivir en pareja, no protege de la depresión.²⁷

Se encontró que 63.5% de los pacientes deprimidos, viven en familias nucleares, en contraste con lo que refieren otros autores, probablemente por que viven en pareja y con

hijos solteros, lo que los obliga a estar solos la mayor parte del día.²⁸

Se encontró un estrato socio económico bajo, (94%) así como un nivel escolar bajo, primaria o menos, (88.5%) en los pacientes deprimidos, lo que revela que estas condiciones socio-económicas, son importantes causales de depresión en el adulto mayor.²⁹

CONCLUSIONES:

Se considera que se cubrieron los objetivos que se plantearon al inicio de esta investigación ya que se pudo determinar una alta frecuencia de depresión (43.5% en la muestra estudiada) en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de la C.M.F. OBSERVATORIO DEL ISSSTE D.F. mayor a la reportada en estadísticas anteriores, así mismo pudimos identificar los factores de riesgo asociados. Biológicos: Edad, sexo, enfermedades crónico-degenerativas y polifarmacia, desarrollo de discapacidad funcional, déficits sensoriales. Psicológicos: sentimiento de pérdidas.

Sociales: ocupación laboral, escolaridad, estado civil, tipo de familia, estrato socio-económico.

La depresión en el adulto mayor es un problema de salud pública en nuestro país, debido a que los médicos de atención primaria consideramos al sentimiento de tristeza y desánimo que manifiesta el adulto mayor como algo propio de la edad, lo que produce una baja frecuencia de diagnóstico y su falta de tratamiento oportuno.

Por lo que es indispensable su evaluación sistemática por medio de la escala de depresión geriátrica de Yesavage cuando acuden a consulta por otras enfermedades, lo cual contribuiría a resolver este serio problema de salud pública en nuestra comunidad. Ya que la depresión es una enfermedad reversible y que tiene un pronóstico favorable, cuando se trata oportuna y adecuadamente.

A pesar de ser un estudio no aleatorio y por cuotas consideramos este estudio como valioso ya que nos permitió identificar la gran frecuencia de depresión que existe en nuestro medio laboral y lo desapercibido que pasa para nosotros este problema de salud que aqueja a la población adulta mayor de nuestra comunidad.

Consideramos que faltó tiempo y experiencia para integrar de mejor manera el trabajo de investigación lo cual hubiera permitido hacer un trabajo representativo.

Consideramos que para solucionar este importante problema de salud en la población adulta mayor debemos realizar actividades de promoción de la salud en los derechohabientes que acuden a consulta médica mediante pláticas y folletos. Haciendo énfasis en que la tristeza y

desánimo que aqueja a los adultos mayores no es una situación normal y que puede indicar depresión.

Se realizarán talleres de adiestramiento en depresión con los médicos familiares, para que cuando atiendan al adulto mayor puedan identificar la sintomatología depresiva que los aqueja.

Prevenir la aparición de síntomas depresivos, con el apoyo de trabajo social, mediante la integración de los adultos mayores a clubs de la tercera edad, realización de terapia ocupacional, estimular a la familia, para integrar mejor al adulto mayor a su núcleo familiar y educar a la comunidad sobre el ambiente social sano que lo debe rodear.

Diagnóstico oportuno mediante el uso sistemático de escalas de depresión geriátrica en todos los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta médica por otras enfermedades, así como el inicio temprano del tratamiento médico.

Envío oportuno a la especialidad para tratamiento psicofarmacológico, permitiendo así evitar las complicaciones de la enfermedad y su rehabilitación, logrando la reinserción del adulto mayor psicológicamente sano a su familia y a la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Tecla Jiménez, enfermedad y clase obrera, IPN secretaría académica dirección de graduados e investigación, Escuela de Enfermería y Obstetricia, México, D. F. 1995, p70-73.
- 2.-INEGI, esperanza de vida por entidad federativa según sexo 2004-2007.
- 3.-Novelo Irma Irene, Lic. En Nutrición, situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década, Revista de Salud Publica y nutrición, ed. especial No.5-2003.
- 4.- Bize P. R. y Vallier C., Una vida nueva: La 3ª Edad, ed. Mensajero, Bilbao 1985 pp.35-55.
- 5.-Tirado-Cosio F., Moreno-Castillo Y., Autopersepción de salud en ancianos y la practica Médica Familiar, Arch. Med. Fam., 2004; 6(1): 3.
- 6.- Treviño-Siller S., Pelcastre-Villafuerte B., Márquez-Serrano M., Experiencias de envejecimiento en el México Rural. Salud Pública Mex. /vol. 48 No.1 enero-feb.2006. pp. 30-37.
- 7.-Hazzard Andrés, Bierman Blas., Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, Fifth edition, EUA. 2003, pp. 3-33.
- 8.-Merck Sarp & Domme, Manual Merck de información médica edad y salud Ed. Océano, 2004. pp. 8-33.
- 9.-Harcourt-Brace, El manual Merck de Geriatria, Barcelona España, 1998 pp.190-196, 1071-1072.
- 10.-Taylor Robert B. Medicina de Familia, Principios y práctica, 6ª. Ed. Barcelona: Masson; 2006, pp.10-14
- 11.- Díaz Lídice J., Torres Lio-Coo V., Urrutia Zerquera E., Moreno Puebla R., Font Darias I. y Cardona Monteagudo M., Factores Psicosociales de la depresión, Rev. Cubana Med. Militar 2006,35(3).
- 12.- Espinoza-Aguilar Amílcar, Caraveo-Anduaga Jorge, Zamorano-Olvera Miguel, Arronte –Rosales Alicia, Krug-Llamas Ernesto, Olivares-Santos.Robertoet.al. Guía práctica para el diagnostico y tratamiento de la depresión en los adultos mayores. Salud Mental, Vol. 30, No.6, nov.-dic. 2007, pp.69-80
- 13.- De Santillana Hernández Sonia P., Alvarado Moctezuma Luis E., Depresión en población Adulta Mayor, Tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. Rev. Med. IMSS. 1999,37(2) PP.111-115.

- 14.- Lapid María L., And Rummans Teresa A., Evaluation and Management of Geriatric Depression in primary Care. Mayo clin. Proc. 2003; 78 1423-1429.
- 15.-Cole Martin G., Recurrence of Geriatric Depression, The American Journal of Psychiatry vol.157 (7), July 2000; 1183-1187
- 16.-American Psychiatric Association: diagnostica and statistical manual of mental disorder TR (DSM-IV-TR) 4th.ed. Washington 2000.
- 17.-Aguilar-Navarro S.G, Fuentes-Cantú A, Ávila-Fuentes J.A., García-Mayo E., Validez y confiabilidad del cuestionario de la ENASEM para depresión en adultos mayores. Salud Pública Mex. 2007; 49: 256-262
- 18.- Hoyl M. Trinidad, Valenzuela A. Eduardo, Martin L. Pedro Paulo, Depresión en el adulto mayor. Evaluación preliminar de la efectividad como instrumento de tamizaje de la versión de 5 ítems de la escala de depresión geriátrica, Rev. Med. Chile V.128 n.11 Santiago nov.2000.
- 19.-. Martínez Mendoza Jesús A., Martínez Ordaz Verónica A., Esquivel Molina Carlos G., Velasco Rodríguez Víctor M., prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado, Rev.med. IMSS. 2007; 45(1)c, 21-28
- 20.- Angst Jules, Merikangas Kathleen and Presig Martin, Subthreshold Syndromes of Depression and Anxiety in the Community, J. Clin Psychiatry 1997; 58 (suppl. 8): 6-10.
- 21.- Martin M., Baca Baldomero E., Álvarez E., Bousoño M., Eguiluz I., Roca M., Urretavizcaya M. Depresión a largo plazo en pacientes geriátricos, Actas Esp. Psiquiatría 2008; 36(suppl.2): 62-65.
- 22.- M. Taqui Ather, Itrat Ahmed, Qidwai Warisand, Qadri Zeeshan, Depression in the elderly: Does Family System play a role. A cross-sectional study. BMC Psychiatry 2007, 7: 57 doi: 10.1186/1471-244x-7/57 this article is available from <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/7/57>
- 23.- Ávila-Funes J.A., Melano-Carranza Efrén, Amieva Hélene, Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores, Salud Pública de Méx. 2007; 49: 367-375.
- 24.- Dorantes-Mendoza G., Ávila-Fuentes J.A., Mejía-Araujo Silvia, Gutiérrez-Robledo L.M., Factores asociados con dependencia funcional en adultos mayores, un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México 2001.Rev. Panamericana, Salud Pública, 2007,22(1): 1-11.
- 25.-Kathleen Ell, Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice, Home Health Care Serv Q. 2006; 25(1-2): 115-148.

26.-Chapman Daniel P, Perry Geraldine S. Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. *Prev. Chronic Dis.* 2008 January; 5(1): A22.

27.-Herrera Juan, Gracia Enrique, Una medida breve de la sintomatología depresiva, *Salud Mental*, vol. 30 No.5, sept.-oct. 2007.

28.-Urbina Torija J.R, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores prevalencia y factores asociados, *Gac. Sanit.* 2007; 21(1): 37-42.

29.-Berenzan Gorn S, Tiburcio Sainz M, Medina-Mora Icaza ME. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental* vol. 28 No.6, dic. 2005.

30.-Salinas Martínez R, Valdés Dávila M, Vázquez García A, García Cantú M. Relación entre diagnósticos, uso de medicamentos y la evaluación geriátrica, *Med Int. Mex* 2004; 20:262-6.



TAMIZAJE SOBRE ENVEJECIMIENTO

Primer nivel Para aplicarse a personas con más de 65 años o con riesgos especiales, por profesionales con conocimientos en gerontología

Delegación:

Poniente

Clave Unidad:

94253

Clave del doctor:

036

Folio: 1

Fecha:

Hora inicio:

Hora terminación:

I Identificación del perfil del paciente

1. Nombre completo _____

A. Número de expediente: _____

B. Género: 1) Hombre 2) Mujer

C. Edad: _____ años D. Peso: _____ kg E. Talla: _____

F. Ocupaciones _____

G. Teléfono _____

H. Jubilado: 1) No 2) Sí J. ¿Cuándo? _____

K. ¿Cuál es su ingreso mensual? _____

L. ¿Qué nivel de independencia económica tiene? _____

- 1) Independiente
- 2) Parcialmente Independiente
- 3) Dependiente

M. En caso de ser dependiente, ¿De quién(es)? _____

- 1) Pareja
- 2) Padres
- 3) Hijos
- 4) Hermanos
- 5) Otros familiares
- 6) Otros: _____

N. ¿Con quién vive? _____

- 1) Pareja
- 2) Padres
- 3) Hijos
- 4) Hermanos
- 5) Otros familiares
- 6) Otros: _____

Ñ. ¿De quién es el lugar donde vive? _____

- 1) Propio
- 2) De alguien más: _____

O. El paciente sufre de aislamiento social 1) No 2) Sí

P. Acciones ante esta situación: _____

II Condición actual del paciente

2. Diagnósticos conocidos: _____

3. Medicamentos que toma: _____

4. Queja principal: _____

III. Evaluación del paciente

5. ¿Tiene problemas familiares? 1) No 2) Sí

A. ¿Cuáles? _____

6. ¿Qué cosas ya no es capaz de hacer? _____

Aplicar escala de funcionalidad

7. ¿Tiene dificultades para caminar? 1) No 2) Sí

A. ¿Se ha caído últimamente? 1) No 2) Sí

Aplicar la escala de Tinetti

B. ¿Necesita que alguien lo culde? 1) No 2) Sí

A. ¿Cómo? _____

B. ¿Alguien cuida de usted?

1) No 2) Sí 9) No sabe / No se acuerda

C. ¿Quién? _____

9. ¿Usted se ocupa de cuidar a alguien?

1) No 2) Sí 9) No sabe / No se acuerda

A. ¿A quién? _____

10. ¿Tiene problemas con su memoria? 1) No 2) Sí

A. ¿Cuáles? _____

Aplicar pruebas cognoscitivas (reloj, monedas, repetir palabras)

11. ¿Está triste? 1) No 2) Sí

A. ¿Por qué? _____

Aplicar escala GDS

12. ¿Tiene miedo? 1) No 2) Sí

A. ¿Ha tenido pérdidas? 1) No 2) Sí

B. ¿Cuáles? _____

13. ¿Qué tal come? 1) Bien 2) Mal

Aplicar escala de riesgo de desnutrición

14. ¿Qué tal duerme? 1) Bien 2) Mal

15. ¿Tiene problemas para ver bien? 1) No 2) Sí

A. ¿Tiene problemas para escuchar? 1) No 2) Sí

16. ¿Tiene problemas con la boca? 1) No 2) Sí

17. ¿Ha tenido problemas con la orina? 1) No 2) Sí

A. ¿Incontinencia? 1) No 2) Sí

B. ¿Otros? _____

18. ¿Tiene problemas con la digestión? 1) No 2) Sí

A. ¿Cuáles? _____

IV. Vacunas y pruebas

19. Vacunas 1) No 2) Sí

A. ¿Cuáles? _____

20. Exploración mamaria 1) No 2) Sí

21. Citología 1) No 2) Sí

22. Antígeno prostático 1) Bien 2) Elevado

V. Riesgos identificados

23. Diabetes Mellitus

24. Cardiovasculares

25. Cerebrovasculares

26. Cáncer

27. Pulmonares

28. Demencia

29. Depresión

30. Aislamiento

31. Déficit Sensorial

32. Polifarmacia

33. Abatimiento funcional

34. Institucionalización

35. Hospitalizaciones

36. Caídas

37. Otros

VI. Acciones recomendadas: _____

VII. Revaloración en... 3 meses 6 meses 9 meses



ISSSTE

DELEGACION REGIONAL ZONA PONIENTE
SUBDELEGACION MEDICA

HISTORIA CLINICA GERIATRICA
(PSICOLOGICA, SOCIAL, FUNCIONAL, COGNOSCITIVA)

UNIDAD MEDICA _____

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: MASCULINO FEMENINO

FECHA DE NAC. _____

LUGAR DE NAC. _____

ESTADO CIVIL: _____

RELIGION: _____

OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

PADRE VIVO SI ___ NO ___ FALLECIDO (CAUSA) _____

MADRE VIVA SI ___ NO ___ FALLECIDA (CAUSA) _____

NUM. HIJOS: VIVOS _____ MUERTOS _____ CAUSA: _____

CONYUGE: VIVA (O) SI ___ NO ___ FALLECIDA (O) CAUSA: _____

FAMILIAR MAS CERCAÑO: _____ TEL. _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

PERFIL PROFESIONAL

TRABAJOS ANTERIORES: _____

FUENTES DE INGRESO _____

DE QUIEN DEPENDE: _____

PERFIL DEL ENTORNO VITAL:

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ RENTADA ___ OTRA ___

HABITACION: PROPIA ___ COMPARTIDA ___ NUM. DE PERSONAS: _____

SERVICIOS URBANOS: AGUA ___ LUZ ___ DRENAJE ___ BAÑO _____

CONDICIONES HIGIENICAS DE LA VIVIENDA: _____

SERVICIOS DE SALUD

CUENTA CON OTRO SERVICIO DE SALUD: SI ___ NO ___ CUAL _____

FRECUENCIA CON QUE ASISTE: _____

ESTADO GENERAL DE SALUD: _____

CONOCIMIENTO PARA EL MANEJO DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: _____

MEDICACION

FARMACO	DOSIS	FRECUENCIA	DESDE CUANDO	ULTIMA TOMA

INMUNIZACIONES: _____ ALERGIAS: _____
 TABACUISMO. SI ___ NO ___ DESDE CUANDO _____
 TIPO _____ NUM. DE CIGARROS _____
 ALCOHOLISMO _____ APLICACIÓN O TOMA DE MEDICAMENTO _____
 U OTRA SUBSTANCIA _____

PATRONES DE LA VIDA COTIDIANA

PROBLEMAS PARA DORMIR _____ NUM. DE HORAS _____
 ELIMINACION VESICAL (No.) _____ INTESTINAL (No.) _____
 COMIDA (Hábitos alimenticios) _____
 ACTIVIDADES _____ VIAJES _____ LECTURA _____
 EJERCICIO SI ___ NO ___ CUAL: _____ DESDE CUANDO _____ TIEMPO _____
 HORARIO LABORAL _____ OTRAS ACTIVIDADES (RECREACION) _____
 OTROS: _____
 MANEJA PROTESIS U ORTESIS O ALGUN OTRO SISTEMA DE APOYO: _____
 MOTIVO _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA: _____
 ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS U OTRA DE IMPORTANCIA
 (H.A.S., D.M., I.A.M., E.M.C., E.P.O.C., C.A., FRACTURAS): _____

ANTECEDENTES DE CAIDAS

FACTORES DE RIESGO INTRINSECO (sincope, mareo, hipotensión, artr. reumá-
 ticas, enfermedades neurológicas, problemas de pies, otros) _____
 FACTORES DE RIESGO EXTRINSECO (iluminación,, pisos, escaleras, agarraderas,
 salientes, cama, zapatos, otros) _____
 INGRESO HOSPITALARIO, MOTIVO Y FECHA: _____
 INTERVENCION QUIRURGICA, MOTIVO Y FECHA: _____

ULTIMOS EXAMENES:

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

VALORACION POR APARATOS Y SISTEMAS

SINTOMAS GENERALES (Variación de peso en el último año, cambio de apetito, astenia, adinamia, otros) _____

CABEZA, OJOS (cambios de visión, dolor, lagrimeo, ojo seco, prurito, fotofobia escotomaiante, de glaucoma, otros) _____

OIDOS (cambios en audición, zumbido de oídos, vértigo, dolor, tinitus, secreciones, otros) _____

NARIZ (epistaxis, obstrucción, ronquido, alergias, capacidad olfatoria, infecciones, otros) _____

BOCA Y GARGANTA (dolor, úlceras, cambios de voz, dificultad para deglutir, gingivorragia, caries, alteraciones del gusto, problemas de masticación, otros) _____

CUELLO (dolor, tumoraciones, limitación de movimientos, tiroides, otros) _____

SISTEMA RESPIRATORIO (tos, disnea, espectoración, estertores, hemoptisis, otros) _____

FECHA Y RESULTADO DE ULTIMA RADIOGRAFIA DE TORAX _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR (dolor torácico, disnea, palpitaciones, edema, otros) _____

ELECTROCARDIOGRAMA, RESULTADO _____

MAMAS (tumoraciones, dolor, secreciones, cambios de coloración, inflamación, otros) _____

FECHA Y RESULTADO DE ULTIMA MAMOGRAFIA: _____

DIGESTIVO (náuseas, pirosis, disfagia, hematemnesis, melena, dolor epigástrico, úlceras, ictericia, tumoraciones, diarrea, estreñimiento, intolerancia, cambios en eliminación intestinal, otros) _____

SISTEMA URINARIO (disuria, polaquiuria, goteo terminal, dificultad para iniciar la micción, hematuria, nicturia, incontinencia, litiasis, infecciones, otros) _____

VALORACION PROSTATICA: _____

ANTIGENO PROSTATICO, RESULTADO Y FECHA: _____

APARATO MASCULINO

(lesiones, secreciones, masas a nivel testicular) _____

IMPOTENCIA _____ LIBILO _____

PREOCUPACION ACERCA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL: _____

APARATO GENITAL FEMENINO

(lesiones, secreciones, dispareunia, sangrado, prolapso, infecciones, otros) _____

PREOCUPACION ACERCA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL: _____

A.G.O. Y TRANSTORNOS PERIMENOPAUSICOS: _____

PAP, FECHA Y RESULTADO: _____

MAMOGRAFIA, FECHA Y RESULTADO: _____

MUSCULO ESQUELETICO

(articulaciones dolorosas, rigidez, inflamación articular, deformación, espasmos, calambres, debilidad muscular, problemas de deambulacion, columna, otros)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

(pares craneales, convulsiones, parálisis, parestias, parestesias, coordinación, tics, problemas de memoria, movimientos anormales, otros) _____

SISTEMA ENDOCRINO

(intolerancia al calor y frio, polifagia, poliuria, polidipsia, bocio, pie diabético, otros)

SISTEMA DERMATOLOGICO

(resequedad de piel, prurito, hiperqueratosis, pigmentación, nevus, heridas, otros)

HEMATOPEYICO

(sangrado, hematomas, anemia, nódulos-linfáticos, otros) _____

VASCULAR PERIFERICO

(claudicación intermitente, várices, úlceras, insuficiencia vascular, pulsos, otros)

PSICOLOGICO

(ansiedad, depresión, acceso de llanto, nerviosismo, fobias, concentración, mecanismos de adaptación, impacto sobre muerte, otros) _____

VALORACION FUNCIONAL

	INICIAL	SUBSECUENTE (4, 8, 12 MESES)
KATZ		
DEPRESION		
COGNOSCITIVA		
OTRA		

FECHA: _____

NOMBRE DEL MEDICO Y FIRMA



VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

4.- ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (G.D.S.)

Nombre : _____

Edad : _____ Sexo : _____ Fecha : _____

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



DIA	MES	AÑO	No. PAG.

Escala de Lawton

Capacidad para utilizar el teléfono

- 1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia .
- 1 Capaz de marcar bien algunos números familiares
- 1 Capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar
- 0 No utiliza el teléfono en absoluto

Compras

- 1 Realiza independientemente todas las compras necesarias
- 0 Realiza independientemente pequeñas compras
- 0 Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra
- 0 Totalmente incapaz de comprar

Preparación de la comida

- 1 Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente
- 0 Prepara adecuadamente comidas si se le proporcionan los ingredientes
- 0 Prepara, calienta y sirve comidas, pero no sigue una dieta adecuada
- 0 Necesita que le preparen y sirvan las comidas

Cuidado de la casa

- 1 Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (p. ej., ayuda doméstica para el trabajo pesado)
- 1 Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos y hacer la cama
- 1 Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un aceptable nivel de limpieza
- 1 Necesita ayuda en todas las labores de la casa
- 0 No participa en ninguna labor de la casa

Lavado de la ropa

- 1 Lava por sí solo toda su ropa
- 1 Lava por sí solo pequeñas prendas
- 0 No puede realizar el lavado de la ropa

Medios de transporte

- 1 Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche
- 1 Es capaz de coger un taxi, pero no utiliza otro tipo de transporte público
- 1 Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona
- 0 Utiliza únicamente el taxi o el automóvil con ayuda de otros
- 0 No viaja en absoluto

Responsabilidad respecto a su medicación

- 1 Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas
- 0 Toma su medicación si la dosis es preparada previamente
- 0 No es capaz de administrarse su medicación

Capacidad para manejar asuntos económicos

- 1 Capaz de encargarse de sus asuntos económicos por sí solo (realiza presupuestos, extiende cheques, paga la renta, va al banco)
- 1 Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en el banco, grandes compras, etc.
- 0 Incapaz de manejar dinero

Puntuación total



DIA	MES	AÑO	No. PAG.

Índice de Katz

Lavado

Independiente. No recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera, si es su forma habitual de bañarse)

Independiente. Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte del cuerpo (espalda, piernas, etc.)

Dependiente. Recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo, o para entrar y salir de la bañera

Vestido

Independiente. Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda

Independiente. Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos

Dependiente. Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido

Uso del retrete

Independiente. Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (aunque use bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal por la noche, vaciándolo al día siguiente

Dependiente. Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o el uso nocturno del orinal

Dependiente. No usa el retrete solo

Movilización

Independiente. Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)

Dependiente. Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta de la silla con ayuda

Dependiente. No puede levantarse de la cama

Continencia

Independiente. Controla completamente ambos esfínteres

Dependiente. Incontinencia esporádica

Dependiente. Necesita supervisión, usa sonda vesical o es incontinente

Alimentación

Independiente. Se alimenta sin ayuda

Independiente. Ayuda sólo para cortar la carne o untar la mantequilla

Dependiente. Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente mediante sondas o líquidos intravenosos

Valoración

A Independiente en todas las funciones

B Independiente en todas, salvo en una de ellas

C Independiente en todas, salvo en lavado y otra más

D Independiente en todas, salvo en lavado, vestido y otra más

E Independiente en todas, salvo en lavado, vestido, uso del retrete y otra más

F Independiente en todas, salvo en lavado, vestido, uso del retrete, movilización y otra más

G Dependiente en las seis funciones

Otras Dependiente al menos en dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F