



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**H.G.Z No. 3**

**CD. MANTE, TAMS.**

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN EL MEDIO  
SUBURBANO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 29, VILLA MANUEL DE ENERO A DICIEMBRE DEL  
2006**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**GABRIELA GARCIA MONTOYA**

**MEDICO FAMILIAR**

**CD. MANTE, TAMS.**

**2007**



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.

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN EL MEDIO SUBURBANO EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 29, VILLA MANUEL, DE ENERO A  
DICIEMBRE DE 2006**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**GABRIELA GARCIA MONTOYA**

**MÉDICO FAMILIAR**

**AUTORIZACIONES:**

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

*F. García Pedroza*  
**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN EL MEDIO SUBURBANO EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 29, VILLA MANUEL, DE ENERO A  
DICIEMBRE DE 2006**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**GABRIELA GARCIA MONTOYA**

MÉDICO FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

**DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ**

PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
H.G.Z No. 3.

**DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ**

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.

**DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ**

ENCARGADO DE LA COORDINACION CLÍNICO DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN  
H.G.Z No. 3

**DEDICO ESTE TRABAJO A:**

A MIS DOS GRANDES AMORES, FÁTIMA, MI ETERNA GRATITUD POR AFERRARTE Y QUEDARTE EN MI VIDA, POR REGALARME EL DIA A DIA, CADA UNO DE TUS LOGROS, PERO SOBRE TODO, SABER ESPERAR QUE YO ESTUVIERA CONTIGO PARA CELEBRARLO Y A TI, ANTONIO, GRACIAS A TU AUSENCIA SOY UNA MUJER MAS FUERTE.

## **SEÑOR**

Por permitirme disfrutar el Ayer, el Hoy y el Mañana.

## **A mis padres**

Por el apoyo y consejo he llegado a realizar cada uno de mis sueños.

## **A mis 3 Hermanos**

Eduardo, Celina y José, que yo se, que siempre han estado Conmigo.

## **A la Familia Ponce García**

Tíos.... por Todo.

## **A Erika, Yayis, Beda y Yadira**

Viejillas, por el apoyo incondicional.

## **Dr.Felipe Guarneros Sánchez**

Mi Maestro.

Y a todos a aquellos que con sus consejos y enseñanzas contribuyeron a mi preparación

**GRACIAS**

*GABRIELA*

## ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
III.JUSTIFICACIÓN .....	10
IV.OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS) .....	12
V. METODOLOGÍA .....	13
A) TIPO DE ESTUDIO.	
B) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.	
C) TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA.	
D) CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.	
E) INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES).	
F) PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.	
G) ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	
H) CONSIDERACIONES ÉTICAS.	
VI.RESULTADOS .....	21
VII. DISCUSION.....	28
VIII. CONCLUSION.....	30
IX.RECURSOS.....	32
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
XI.ANEXOS.....	35

## I. MARCO TEÓRICO

Los griegos, con Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), este estado caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza, la influencia del planeta Saturno, hacia que el hígado secreta la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema. La manía por otro lado era ya reconocida, como un estado de excitación por los griegos, pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre la melancolía y manía, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona en el siglo <sup>(1)</sup>.

La primera descripción en Ingles que se hace de la depresión, corresponde al libro de Robert Burton (1577-1640) Anatomía de la Melancolía el cual se publica en 1621. El de Burton fue alabado por los médicos de su época, dentro de los que destaca William Osler. Burton nació en Leicestershire, y se educó en Oxford, en donde llegó a ser bibliotecario de la "Christia<sup>^</sup>s Church College". La primera edición de la Anatomía de La Melancolía apareció en 1621, y fue un éxito de inmediato. En vida de Burton, el la revisó las cinco ediciones que le tocó vivir.

El Alienista Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observo que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue él quien describió a la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Jean-Pierre Farlet y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de "Foli a Double Forme". Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes de forma longitudinal, por años, y de esta manera pudieron correlacionar los estados

de melancolía y manía. Kraepelin fue quien hizo la separación de los tres grandes grupos de trastornos que llenaban los manicomios entonces: esquizofrenias (Demencia a Precoz); Demencia y Enfermedad Maniaco-Depresiva <sup>(1)</sup>.

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y estadístico de las Enfermedades mentales ( DSM IV, por sus siglas en inglés ) considera que la depresión mayor se caracteriza por los síntomas siguientes: haberse sentido triste o vacío la mayor parte del día; haber perdido el interés por casi todas las cosas, incluyendo las que normalmente solía disfrutar; sentirse con falta de energía o cansado constantemente; que estos síntomas se presentaran durante la mayor parte del día, casi todos los días, y que persistieran por un periodo mínimo de dos semanas, además de presentar alteraciones en el apetito, y dificultad cognitiva. <sup>(3)</sup>

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. se calcula que mas de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiere tratamiento médico en algún momento de su <sup>(4)</sup>.

El Informe Mundial sobre la salud de 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en adulto mayor en el sexo masculino fue de 1.9% y en el sexo femenino de 3.2 %; la prevalencia para un periodo de 12 meses fue de 5.8 % y de 9.5% respectivamente <sup>(5)</sup>.

En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupaban el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas; la depresión se integra un conglomerado de trastornos mentales que cada día cobra mayor importancia se estima que en 2002 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados <sup>(6)</sup>.

La Prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, un alto porcentaje de los afectados no refieren haber recibido atención médica. <sup>(7)</sup>

Básicamente la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes en la mayor parte del día <sup>(6)</sup>.

#### Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos:

**Depresión severa.** La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfiere con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en la vida.

Distimia. La Distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacita tanto, sin embargo impide el buen funcionamiento y el bienestar de las personas, muchas personas con Distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Trastorno Bipolar. Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fase de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en las fases maníacas la persona puede sentirse feliz eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas e involucrarse en aventuras o fantasías románticas la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

Depresión Posparto. Las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto. La academia Americana

del Médico Familiar reporta que los síntomas de lo que más comúnmente se llama “baby blues” pueden comenzar de 3 a 4 días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración.

Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto, pero si se prolongan o se intensifican, se le llama depresión posparto y puede necesitar ayuda médica <sup>(2)</sup>

De todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es la depresión <sup>(7)</sup> las depresiones en los ancianos muestran, en muchos casos, características especiales y en ocasiones, resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presenta, es habitual que estén más interesados por la evolución de sus síntomas físicos, frecuentes que por su tristeza o melancolía <sup>(8)</sup>.

Las evidencias más recientes señalan que la depresión de inicio tardío guarda una asociación importante con cambios vasculares cerebrales, que en general ensombrecen el pronóstico de la depresión geriátrica. <sup>(9-10)</sup>

La depresión durante la senectud se acompaña de complejidades nosológicas, fenomenológicas, diagnósticas y terapéuticas que requieren conocimientos especiales son frecuentes las presentaciones clínicas poco visuales como depresión oculta y pseudo demencia que puede confundir el diagnóstico de cualquier enfermedad. <sup>(11)</sup>

En relación al manejo de la depresión, se debe individualizar al paciente tomando en consideración diversos aspectos, como el tipo de depresión, las características sociodemográficas del paciente y su familia, entre otros:

### **Medidas generales:**

Variables ambientales: Se debe tener en cuenta el lugar donde vive el paciente y se desenvuelve con quienes se relacionan y constituye su red de apoyo social.

Autonomía del paciente

Factores económicos

Enfermedades somáticas concomitantes

### **Medicación Antidepresiva**

Antidepresivos Triciclitos: los cuales tienen una excelente acción antidepresiva pero debido a sus importantes efectos anticolinérgicos no son recomendables como primera opción ya que se ocasionan hipotensión, retención urinaria, constipación y arritmias. En los casos deben de ser utilizados dosis de 75 a 150 mg./día dosis que se deben alcanzar como aumento sucesivos de 25-50 mg. Cada 3 o 4 días, para asegurar su tolerancia:

\*Imipramina

\*Amitriptilina

Inhibidores de recaptura de la serotonina: se han convertido en la primera opción debido a su fácil posología, generalmente una toma diaria, y a su perfil de efectos colaterales relativamente benignos.

\*Fluoxetina 20 mg. / día

\*Sertralina 50 y 100 mg. / día

\*Paroxetina 20 mg. / día

\*Citalopram 20 mg. / día

\*Fluvoxamina 20 mg / día

Otros Antidepresivos: son también seguros en este grupo etáreo:

\*Mianserina: antidepresivo de acción noradrenergica útil en dosis de 30 a 60 mg./día.con un muy buen efecto sedante que lo hace recomendable en sujetos con gran angustia o otros trastornos del sueño.

\*Venlafaxina: de acción mixta noradrenergica y serotoninergica, util en los ancianos a dosis de 75 a 15 mg. /día.

Como en todo tratamiento antidepresivo este se debe mantener por al menos 6 meses tras la recuperación completa del episodio índice, utilizando siempre la misma dosis que se requirió para obtener la mejoría.

En general se recomienda evitar las benzodiazepinas por los riesgos de reacciones paradójales y por su impacto mermando funciones cognitivas

Las herramientas psicoterapéuticas deben ser consideradas en el manejo de duelos, aceptación de los cambios de roles el manejo de la desesperanza<sup>(7-9)</sup>

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) surgió en 1982 en respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección.<sup>16</sup> Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (CCI interjuez de 0.80 a 0.95 y  $r = 0.85$  a 0.98 para la prueba contra prueba) <sup>15</sup> y distintos tipos de validez. <sup>16</sup> Versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado ser válidas y confiables

En un estudio realizado en una zona rural de España con 300 adultos mayores, encontraron que 56 (23.1 %) de ellas presentaron una puntuación mayor de 5, con una alta probabilidad de presentar un trastorno depresivo, utilizando la Escala de Yesavage. La puntuación media obtenida por las personas consideradas probable caso fue 8,3 (DE: 2,3), con un valor máximo de 14 puntos y un mínimo de 6. <sup>(19)</sup>

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La depresión es uno de los mayores padecimientos de nuestro tiempo. Millones de personas en todo el mundo, sin importar razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad que aparece cuando sentimos que nuestra vida no está de acuerdo a nuestras expectativas y tomamos el camino de la resignación y el desánimo sin poder encontrar ninguna otra salida.

Ante esta situación se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cual es la prevalencia de la depresión en el adulto mayor que reside en el medio Suburbano?

### III. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica

que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores. En el año 2000, el Censo de Población y Vivienda Mexicano informó que los mayores de 50 años de edad representaban el 13.4% de la población<sup>(22)</sup> y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicará en 2025 y representará la cuarta parte de la población mexicana en el año 2050. Sin embargo, con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan. La depresión es uno de ellos y, además, constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta mortalidad.<sup>(25,26)</sup> La depresión es uno de los principales síndromes geriátricos. Es una enfermedad crónica o recurrente que tiene consecuencias devastadoras en el adulto mayor. La prevalencia es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada, pero puede ser del 10 al 27%<sup>(13-15)</sup>. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) surgió en 1982 en respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección.<sup>16</sup> Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (CCI interjuez de 0.80 a 0.95 y  $r = 0.85$  a  $0.98$  para la prueba contra prueba)<sup>15</sup> y distintos tipos de validez.<sup>16</sup> Versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado ser válidas y confiables.<sup>13-15</sup> A la fecha, no contamos con

estudios que determinen de manera cierta la prevalencia de depresión en la población mexicana.<sup>(18)</sup>

La población comprendida en el grupo de 60 años y más (adulto mayor) ha mostrado un incremento en enfermedades crónicas así como las derivadas de alteraciones psiquiátricas. Sin embargo, en nuestro medio existen pocos estudios que se relaciona con la depresión y el adulto mayor, en una población suburbana que acude a los servicios de primer nivel de atención.

El interés que este padecimiento ha destacado en los últimos años es de forma tal que se considera un problema de salud pública, debido a que es el más frecuente en el campo de la salud mental, sin embargo dicha patología no siempre se diagnostica, sobre todo, en el primer nivel de atención médica.

## **IV. OBJETIVOS.**

### OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la prevalencia de la depresión en el adulto mayor del medio Suburbano

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.-Comparar la frecuencia de este síndrome según su género
- 2.-Identificar el grado de depresión en esta población
- 3.-Identificar el grupo etareo con mayor frecuencia de esta patología
- 4.-Determinar la asociación de la depresión con la escolaridad.

## **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **A). DISEÑO DEL ESTUDIO.**

- **Descriptivo:**

Se estudia solo un grupo; sin hacer comparaciones.

- **Retrospectivo:**

Por la captación de la información.

- **Transversal:**

Por la medición del fenómeno en el tiempo.

- **Observacional:**

Se presencian los fenómenos a estudiar sin intervención del investigador.

### **B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.**

Se estudiaron adultos mayores de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 29, Villa Manuel; municipio de González, Tamaulipas, del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2006.

### **C). TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Mediante un muestreo por conveniencia se incluyeron a todos los pacientes mayores de 60 años que acudieron a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 29 de Villa Manuel, y que cumplieron con los criterios de selección establecidos.

## **D). CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

### CRITERIOS DE INCLUSION

Adultos (hombres y Mujeres) mayores de 60 años de edad

Adscritos a la unidad de medicina familiar N° 29

Que acepten participar en el estudio

### CRITERIOS DE EXCLUSION

Adultos menores de 60 años de edad

Adultos con antecedentes de:

Enfermedad Cerebral Vascular

Demencia

Cáncer

Delirium

Enf.Mentales

Adulto que se dificulte la encuesta por enfermedad medica

Que refieran no saber leer y/o escribir.

### CRITERIOS DE ELIMINACION

Adultos mayores que hayan contestado de manera incompleta la Escala Geriátrica Yesavage.

## **E). INFORMACIÓN RECOLECTADA.**

### **DEFINICION DE VARIABLES.**

#### **A. VARIABLE DEPENDIENTE.**

##### ADULTO MAYOR

Definición Conceptual: La OMS atendiendo a la esperanza de vida de los países con menor desarrollo como México y con una esperanza de vida menor se conceptúa dentro de este grupo a las personas de 60 años y más.

Definición Operacional: Todo paciente que en el momento de la entrevista refiera Tener 60 años o más.

Escala de Medición: Intervalo.

##### Categorías: (años)

60 – 65 años

66-70 años

71-75 años

76-80 años

80 años y más

Fuente: Encuesta

## **B. VARIABLES INDEPENDIENTES.**

### DEPRESION

Definición Conceptual: Se define a la depresión dentro de los trastornos del estado de animo Agrupa todos los trastornos depresivos estableciendo un Umbral entre el estado de animo normal y el patológico las Diferencias diagnósticos entre los trastornos depresivos Refiere el numero de episodios, la duración de los mismos y la gravedad de los síntomas y evolución

Definición Operacional: Resultado de la aplicación de la escala geriátrica de Yesavage cuya interpretación es la siguiente:

0-5 puntos	normal.
6-9 puntos	Depresión leve
10 o mas puntos	Depresión establecida

Escala de Medición: Ordinal

Categorías:

0-5 puntos	Normal.
6-9 puntos	Depresión leve
10 o mas puntos	Depresión establecida

Fuente: Escala Geriátrica de depresión de Yesavage

## SEXO

Definición Conceptual: Conjunto de caracteres sexuales secundarios que diferencian a un hombre de una mujer.

Definición Operacional: Características fenotípicas de un hombre a una mujer

Escala de Medición: Nominal Dicotómica

Categorías:

Masculino

Femenino

Fuente: Encuesta

## ESCOLARIDAD

Definición Conceptual: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un  
Establecimiento docente

Definición Operacional: Grado Máximo de estudio alcanzado por el paciente en el  
Momento del estudio

Escala de Medición: Ordinal

Categorización:

1.-Analfabeta

3.-Primaria (completa e in completa)

4.-Secundaria (completa e incompleta)

6.-Bachillerato (completa e incompleta)

8.-Licenciatura (completa e incompleta)

Fuente: Encuesta

## OCUPACION

Definición Conceptual: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra  
Cosa.

Definición Operacional: Actividad que dice desempeñarse el adulto mayor

Escala de Medición: Nominal

Categorías:

Obrero

Ama de casa

Ejidatario

Chofer

Velador

Jubilado

Ninguna

Fuente: Encuesta

## **F). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

- a) Se identificaron a todos los pacientes mayores de 60 años de edad que acudieron a la consulta externa de MF en los 2 turnos de la UMF N° 29 de Estación Manuel
  
- b) Se les explicó el estudio a realizar y se les pidió su autorización a participar en el mismo.
  
- c) Se les realizó una encuesta de donde se obtuvieron las siguientes características de la población: edad, ocupación, estado civil, toxicomanías, enfermedades concomitantes.
  
- d) Posteriormente se les aplicó la Escala de Yesavage para medir grado de depresión.
  
- e) Finalmente se analizó los datos obtenidos.

## **G). ANALISIS ESTADÍSTICO.**

Se aplicó una estadística descriptiva:

1. Análisis univariado, utilizando frecuencias simples.
2. Se utilizaron medidas de tendencia central: media, porcentajes.
3. Medidas de dispersión: Desviación estándar.
4. Intervalo de confianza del 95% para la media.

## **H). CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente estudio de investigación se rigió bajo las leyes vigentes de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación. Asimismo cumple con las normas establecidas por la Declaración de la Asamblea Mundial del Tratado de Helsinki, Finlandia, y revisiones en Tokio, Hong Kong y Venecia.

No se requirió de carta de consentimiento informado puesto que el estudio es de tipo descriptivo y observacional, de manera que no implicó intervención médica o quirúrgica específicamente predeterminadas ni requirió de muestras biológicas como indicadores de condiciones patológicas o definitorias de condiciones clínicas que representaran un factor determinante para el desarrollo y desenlace del estudio.

## VII. RESULTADOS

A partir de la aplicación de la encuesta y de la escala de Yesavage para valorar estado mental, se recabó la siguiente información: Se aplicaron 200 encuesta realizadas al azar en la población que acudía a la consulta externa en la unidad de Medicina Familiar N° 29 en Villa Manuel, Tamaulipas.

Se identificaron 110 mujeres (65 %) y 90 hombres (45 %). (Figura 1).

**Figura. 1.** Distribución por género de la población.



La edad promedio general fue de 70.2 años (S: 9.2; IC<sub>95</sub>: 68.9 – 71.5), con un rango de 60 a 97 años. La edad promedio en los hombres fue de 71.4 (S: 9.7; IC<sub>95</sub>: 69.36 - 73.45); con un rango de 60 a 97 años. En el sexo femenino el

## IX RECURSOS

### A) HUMANOS

El Investigador, alumno de la especialidad en Medicina Familiar (Semipresencial):  
Dra. Gabriela García Montoya.

### B) MATERIALES

Lápiz

Pluma

Papel

Encuesta

### C) FINANCIEROS.

Aportados por el investigador Principal

promedio de edad fue de 69.2 años (S: 69.2; IC<sub>95</sub>: 67.6 – 70.8), con un rango de 60 a 97 años.

### **ESCALA GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

La frecuencia de depresión encontrada con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, fueron 75 (37.5 %) personas, de las cuales, 50 (66.6 %) tuvieron depresión leve y 25 (33.4 %) depresión establecida.

Al aplicar la escala, se encontró una mayor frecuencia depresión tanto leve como establecida en el sexo femenino que en el masculino, sin embargo, habría que considerar el mayor número de mujeres identificadas en este estudio. (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Depresión por género de acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

<b>GENERO</b>	<b>DEPRESION</b>		
	<b>Normal</b>	<b>Leve</b>	<b>Establecido</b>
Hombres	60 ( 30 % )	20 ( 10 % )	10 ( 5 % )
Mujeres	65 ( 32.5 % )	30 ( 15 % )	15 ( 7.5 % )

Se encontró en el grupo de 71 a 75 años de edad una mayor predisposición a depresión leve (10 %) mientras que en el grupo de 80 años y más predominaron los cuadros depresivos establecidos. (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Depresión por grupos de edad de acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

EDAD	DEPRESION		
	Normal	Leve	Establecido
60 y 65 años	61 (30.5 %)	16 (8.0 %)	3 (1.5 %)
66 a 70 años	20 (10 %)	10 (0.5 %)	5 (2.5 %)
71 a 75 años	10 (0.5 %)	20 (10 %)	0 (0)
76 a 80 años	24 (12 %)	0 (0)	6 (3 %)
80 y mas	10 (0.5 %)	4 (2 %)	11 (5.5 %)

En relación al estado civil; las personas que perdieron a su pareja, tuvieron una mayor frecuencia de depresión establecida (7.5 %) y leve (15 %) al aplicar la escala; situación muy diferente con los solteros, en los cuales se encontró una frecuencia muy escasa de 0.5 %. (Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Depresión por estado civil de edad de acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

ESTADO CIVIL	DEPRESION		
	Normal	Leve	Establecido
Solteros	8 ( 4 % )	1 ( 0.5 % )	1 ( 0.5 % )
Casados	100 ( 5 % )	12 ( 6 % )	8 ( 4 % )
Divorciados	2 ( 1 % )	7 ( 3.5 % )	1 ( 0.5 % )
Viudos	10 ( 5 % )	30 ( 15 % )	15 ( 7.5 % )
Unión Libre	5 ( 2.5 % )	0 ( 0 )	0 ( 0 )

En lo que a escolaridad se refiere; las personas con máxima escolaridad de primaria completa presentaron mayor índice de depresión tanto leve como establecida, 10 y 4 %, respectivamente, seguidos de aquellas personas con bachillerato completo. (Cuadro 4)

**Cuadro 4.** Depresión por estado civil de edad de acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

ESCOLARIDAD	DEPRESION		
	Normal	Leve	Establecido
Analfabeta	1 (0.5 %)	3 ( 1.5 % )	1 (0.5 %)
Primaria Completa	61 (30.5%)	21 ( 10.5 % )	8 ( 4 % )
Primaria Incompleta	30 (15%)	3 (1.5%)	2 (2%)
Sec Completa	20 (10%)	7 (3.5%)	3 (1.5%)
Sec Incompleta	5 (2.5%)	5 (2.5%)	5 (2.5%)
Bachillerato Completo	5 (2.5%)	10 ( 5 % )	5 ( 2.5 % )
Bachillerato Incompleto	3 (1.5%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)

Los ejidatarios y las personas jubiladas, fueron los de mayor frecuencia en cuanto a depresión se refiere; 7.5 % leve y 2.5 % establecida. Contrario a lo que pudiese pensarse los chóferes y veladores tuvieron menor predisposición a cualquier tipo de depresión. (Cuadro 5).

**Cuadro 5.** Depresión por ocupación de acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

OCUPACION	DEPRESION		
	Normal	Leve	Establecido
Obrero	15 (7.5%)	10 (5%)	5 (2.5%)
Ama de casa	58 (29%)	9 (4.5%)	3 (1.5%)
Ejidatario	15 (7.5%)	15 ( 7.5 % )	5 ( 2.5 % )
Chofer	9 (4.5%)	0	1 (0.5%)
Velador	8 (4%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)
Jubilado	20 (10%)	15 ( 7.5 % )	5 ( 2.5 % )
Ninguna	0	0	5 (2.5%)

## VIII. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se concluye que no existe mayor incidencia, significativamente, de enfermedad depresiva en adulto mayor en medio suburbano. Otros factores como son: edad, sexo, con quien viven, escolaridad, ingresos económicos, tener pareja no se relacionaron significativamente con la presencia de depresión.

Al igual a numerosos estudios epidemiológicos que reportan que la frecuencia de los cambios depresivos aumenta con la edad y que considera la depresión como enfermedad típica de la vejez (Ciompi, citado por Calderón <sup>(17)</sup> en la presente investigación se estableció una relación significativa entre edad y depresión, mas bien están asociados otros factores como son la percepción del entorno social y familiar, la frecuencia y tipo de actividad, así como la salud mental.

El trabajo, las actividades cotidianas y las relaciones con la familia ocupan un lugar preponderante en la vida de cualquier individuo, sin importar su sexo, edad, condición socioeconómica, etc. En los sujetos añosos que han dedicado la mayor parte de su vida a una actividad laboral productiva, al ocurrir un cambio drástico en las dos primeras, puede dar como consecuencia que se depriman y pierdan interés por la vida. El tercer aspecto, que son las relaciones familiares, también tienden a transformarse en esta época de la vida, pues los senectos van quedándose solos, ya sea por sufrir pérdidas de parientes y amistades o porque sus contactos personales tienden a disminuir en calidad por no entenderse en cuanto a creencias y opiniones

con las generaciones más jóvenes, tal situación les afecta emocionalmente puesto que no logran ubicarse en un ambiente que les proporcione bienestar y/o felicidad, lo que hace que aumente de un modo significativo la presencia de trastornos depresivos. En relación a las actividades de la población de estudio se encontró significativamente una mayor presencia de depresión en aquellos jubilados que están retirados y sin ninguna actividad laboral productiva.

En este estudio se encontró una frecuencia de 37.5 % de predisposición a la depresión por parte de los adultos mayores al aplicarles la Escala de Yesavage, por arriba de lo reportado por Fernández, Caballero, quienes encontraron solo 21.5 % con mayor número de población.<sup>19</sup>

Ampliando la información lograda a partir de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se encontró también que existen significativamente más personas deprimidas entre los casos probables psiquiátricos, al respecto, Blazer<sup>(22)</sup> llama la atención sobre la posibilidad de que mucho pacientes ancianos diagnosticados de padecer síndromes orgánicos sufren realmente de un trastorno funcional, tal vez de tipo depresivo.<sup>18</sup>

En adición a lo anterior, los síntomas depresivos típicos, en especial los físicos, se mezclan con los cambios normales que se producen con el envejecimiento (alteraciones del sueño, del apetito, pérdida de energía, descenso de la actividad física, etc.). Esto significa que se conjunta los síntomas depresivos físicos asociados al envejecimiento. De ahí que haber utilizado la encuesta y aunado, a esta información se suma la obtenida de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el análisis resulta más acertado.

## **IX. CONCLUSIONES.**

La depresión mayor es una pandemia debida, entre otros, al aumento de la esperanza de vida de la población y al desarrollo de enfermedades y de discapacidad.

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. 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.

En este estudio se encontró un porcentaje importante de depresión en el adulto mayor con la Escala de Yesavage, lo cual traduce en que esta población pasa desapercibido para el médico de primer nivel, no profundizando más en el entorno holístico del paciente.

La depresión geriátrica presentó diferencias significativas en cuanto al género siendo superior en las mujeres, como reportan otros autores.<sup>19</sup>

Las personas que aún desempeñan alguna actividad laboral, en este caso que podrían pensarse como “ difíciles “ tuvieron menor disposición que aquellas que realizan trabajos menos complejos: Habría que valorar algunos otros factores tales como edad, el estado civil, entre otros para poder establecer claramente esta diferencia.

La tristeza es una respuesta normal cuando se pierde a un ser querido o un empleo que puede estar acompañada de pérdida de interés para algunas actividades, de alteraciones del sueño o de disminución del apetito. Sin embargo, esta respuesta es transitoria; sin embargo, si persiste por más de dos semanas, si sus manifestaciones clínicas se acentúan e interfieren con la actividades diarias, si aparecen ideas como que “la vida ya no vale la pena” o se pierde el placer de vivir, entonces hay que sospechar depresión mayor. La depresión geriátrica representa una importante carga para el paciente, la familia y las instituciones que albergan ancianos. El personal de atención primaria es clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognoscitivo.

El ser humano precisa ayuda de sus semejantes, especialmente en 2 etapas de la vida: la infancia y la senectud. El medio ideal para ofrecer la mejor protección al hombre en estas edades es la familia.<sup>1</sup>

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido.

Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada. Lo anteriormente expuesto motivó la realización del presente trabajo con el cual pretendemos caracterizar las relaciones familiares del anciano a partir de su percepción, así como conocer en qué medida inciden algunas variables biológicas, psicológicas y socioeconómicas en el tipo de relaciones familiares desarrolladas por el anciano.

De esta manera, la detección precoz de la depresión (por ejemplo, con el uso de la EDG) permitirá su diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves. El tratamiento debe ser interdisciplinario y, cuando se opta por el uso de fármacos, se deben considerar los cambios fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento para su correcta administración.

## X. BIBLIOGRAFIA.

1.-Williams J A structures Interview guide for the Hamilton Depression Rating

Scales.Arch gen psychiatry,1988; 45:742-747

2.-Jámes J, Jacobson; Alan m.Jacobson. Secretos de la Psiquiatría

2a.Edición.2002:23-28 México.

3.-Remick RA.Diagnosis and magnagementr of depresión in primary care:A

ckinical update and review. CMJ 2002;167:1253-1260

4.-Organización Mundial de la Salud.Informes Sobre la Salud en el Mundo

2001. Salud Mental.Nuevos Conocimientos, nuevas Esperanzas, Ginebra

Suiza: Organización Mundial de la Salud GINEBRA. 2001: 129-30

5.-Frenk J, Lozano R, Gonzalez Ma. Economía y Salud: Propuesta para el

avance del Sistema de Salud en México DF: Fundación para la Salud; 1999.

6.-Murray C,Lopez AD,Alterbative Projectionsof Mortalitiy and Disability By Cause

1990-2020: Global Burden Of Disease Study,Lancet 1997; 349:1498-1504.

7.-American Psychiatric association: Diagnostic and Statistical Manuañ Of

Mental Disorders 4º ed.Washington,DC: American Psychiatric Association;

1995.

8.-Freedman Am, Kaplan Hi, Sadock Bj, Compendio de Psiquiatría

Barcelona: Salvat 1983: 201-213 y 788-820.

9.-Baldwin Rc,ToMenson B. Depresión in Later Life.A Comparision of symptoms

and risk factors in early and late onset cases. .BRJ Psychiatry 1995;167: 649-52.

10.- Lesser IM,Boone KB,Mehringer Cm,Miller BL,Berman NC,Cognition and white Matter Hyperintensities in older depressed pacientes. AMJ Psychiatry 1996; 153: 1280-7.

11.- Prieto Ramos. Atención al Anciano en Cuba, Desarrollo y Perspectiva 2ª ed. La Habana. 1996:7-8.

12.-Mariana Bello, Esteban Puentes Rosas.Prevalencia y Diagnostico de Depresión en Población Adulta en México: Salud Pública de México; 2005: 4-1

13. Copeland JR, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. Br J Psychiatry 1987;150: 815 - 823.

14. Livingston G, Hawkins A, Graham N, Blizard B, Mann A. The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. Psychol Med 1990; 20:137-146.

15. Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Deeg DJ, Wallace RB. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. JAMA 1998; 279:1720-1726.

16.-Bradbury, N.Problems of elderly peopel.London:Routledge.1991; 75-89.

17.- Calderón, G. (1985). Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.1985.

18.- Yesavage, T. y Jerome, A. Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminar Report. J. Psychiatr. Res.1983; 17: 37-499.

19. Fernández CF, Caballero JG, Saiz PAM. La depresión en el anciano en una zona rural y su interacción con otros factores. Actas Esp Psiquiatr 2006; 34(6):355-361.

20.- Medina, M., Padilla, G. y Ezban, B. The factor structure of the G.H.Q. a escaled version for a Hospital General Practice service in México. Psychologycal Medicine. 1983; 13:355-361.

21.- Instituto Nacional de Salud Mental. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. . Depresión. Lo que usted necesita saber. México: Lilly y Cía. de México, S.A. de C.V. 1992; 185-203.

22.- Hernández, Z. La salud mental en personas de la tercera edad. Revista Psicología y Salud. 1994: 44-55.

23.- INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. (Sitio en Internet). Hallado en: <http://www.inegi.gob.mx>. Ciudad de México: INEGI; 2002. Acceso el 10. de Enero del 2006.

24.- Instituto Mexicano del Seguro Social. La salud del adulto mayor: temas y debates, México. 2004. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004.

25.- Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003; 58:249-265.

26.- Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León-Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio Comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev. Panamá Salud Pública. 2005; 17:353-361

## ANEXOS XI.

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

AFILIACION: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

#### ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (Yesavage J. y col)

(Elija la mejor respuesta con respecto a cómo se sintió la semana pasada)

1. ¿Está Ud. Básicamente satisfecho con su vida? \_\_\_\_\_ Si:0( ) No:1( )
2. ¿Ha declinado muchas de sus actividades e intereses? \_\_\_\_\_ Si:1( ) No:0( )
3. ¿Siente Ud. Que su vida está vacía? \_\_\_\_\_ Si:1( ) No:0( )
4. ¿Logra fastidiarse a menudo? \_\_\_\_\_ Si:1( ) No:0( )
5. ¿Tiene Ud. Buen espíritu la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_ Si:0( ) No:1( )
6. ¿Está Ud. Temeroso de que algo malo vaya a pasarle? \_\_\_\_\_ Si:1( ) No:0( )
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_ Si:0( ) No:1( )
8. ¿Se siente a menudo impotente? \_\_\_\_\_ Si:1( ) No:0( )
9. ¿Prefiere estar en casa que salir y hacer cosas nuevas? \_\_\_\_\_ Si:1( ) No:0( )
10. ¿Siente Ud. Que tiene más problemas con la memoria que la mayoría Si:1( ) No:0( )
11. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora? \_\_\_\_\_ Si:0( ) No:1( )
12. ¿Siente que es bastante inútil el camino en el que está ahora? \_\_\_\_\_ Si:1( ) No:0( )
13. ¿Se siente Ud. Lleno de alegría? \_\_\_\_\_ Si:0( ) No:1( )
14. ¿Siente que su situación es desesperanzada? \_\_\_\_\_ Si:1( ) No:0( )
15. ¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que Ud.? \_\_\_\_\_ Si:1( ) No:0( )

**Puntaje final:** \_\_\_\_\_

- 0-5 normal.
- 6-9 Depresión leve (Consulte con un profesional).
- 10 o mas Depresión establecida (Consulte con un profesional).