



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “B” ISSSTE CD. LERDO,  
DGO.**

**FACTORES DE RIESGO Y GRADOS DE DEPRESIÓN EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR “B” ISSSTE CD. LERDO, DGO.**

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

**PRESENTA:**

**MC. ROSA MA. RAMÍREZ LUÉVANOS**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**

**DURANGO, DGO.**

**2011**



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.

**FACTORES DE RIESGO Y GRADOS DE DEPRESIÓN EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR “B” DEL ISSSTE DE CD. LERDO DURANGO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
**ROSA MARÍA RAMÍREZ LUÉVANOS**

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

**DR. ALEJANDRO ERNESTO JAVIER GÁMEZ TORRES**  
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “B” ISSSTE  
CD. LERDO, DGO.

**DR. TOMÁS GONZÁLEZ GÁMIZ**  
JEFE DE ENSEÑANZA ESTATAL

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**  
DIRECTOR DE TESIS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

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

**FACTORES DE RIESGO Y GRADOS DE DEPRESIÓN EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR “B” ISSSTE CD. LERDO, DGO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MC. ROSA MA. RAMÍREZ LUÉVANOS**

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

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría agradecer sinceramente a quienes desinteresadamente colaboraron a la realización de este trabajo, por su esfuerzo, y dedicación por sus conocimientos enseñanzas, su paciencia, interés y su motivación; a la Dra. Ma. Guadalupe Andrade Martínez, Dr. Fernando Gamboa Ortíz, Dra. Guadalupe Grijalva, Dr. Isaías Hernández Torres, y muy especialmente a mi sobrina Tai.

## **DEDICATORIA**

A mis padres, porque creyeron en mí y me dieron ejemplos dignos de superación y entrega, porque en parte gracias a ellos, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos difíciles.

A mi papá quien desde el cielo me guía y estoy segura que siempre estuvo orgulloso de mí. A mi mamá por quien siento un amor y agradecimiento especial, pues sin ella no sería lo que soy, ella lo sabe.

A mi esposo, mis tres hijos y mi nieto a quienes amo profundamente. Agradezco todo el tiempo que me dieron y su apoyo incondicional.

A mis hermanos por acompañarme en este camino de aprendizaje.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con ustedes.

## ÍNDICE

1. Marco Teórico	2
2. Planteamiento del Problema	53
3. Modelo Conceptual	56
4. Objetivos	57
Objetivo General	57
Objetivos específicos	57
5. Justificación	58
6. Metodología	61
Tipo de Estudio	61
Población	61
Lugar	61
Tiempo	61
Criterios de Selección	61
Inclusión	61
Exclusión	61
Eliminación	62
Tipo y Tamaño de la Muestra	62
7. Variables a Estudiar	63
8. Procedimientos para recabar la información	64
9. Consideraciones Éticas	65
10. Resultados	67
Tablas y Gráficos	68
11. Discusión	82
12. Conclusiones	86
13. Anexos	89
14. Bibliografía	92

## **FACTORES DE RIESGO Y GRADOS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “B” DEL ISSSTE DE CD. LERDO DURANGO.**

### **1. MARCO TEÓRICO.**

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar detener este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.<sup>1</sup>

Estos datos muestran que el problema se agrava cuando se conoce que de las personas que deciden ir a consultar a un médico, un alto porcentaje de éstas no son correctamente diagnosticadas y por lo tanto no son tratadas. Por lo general la intervención adecuada en los pacientes deprimidos, se retrasa debido a pacientes que rehúsan informar síntomas depresivos o a enfrentar el estigma diagnóstico. Por lo tanto, los médicos de primer nivel de atención necesitan vigilar las manifestaciones de depresión y tener conocimiento de las recomendaciones terapéuticas actuales.<sup>1</sup>

Dentro de los problemas de salud mental, la depresión es uno de los trastornos que puede ser fácilmente diagnosticado por los médicos generales en el primer nivel de atención, la OMS estima que entre el 60 y 80% de las personas con trastorno depresivo puede ser tratado por un tipo de terapia breve y el uso de

antidepresivos, sin embargo, cerca del 25 % en algunos países sólo el 10% recibe tales tratamientos. Dentro de las barreras que se señalan para que esto ocurra, se encuentra la falta de recursos, así como la falta de capacitación a los médicos y también el estigma social asociado con cualquier trastorno mental, incluyendo a la depresión.<sup>2</sup>

El problema de la depresión se ha venido incrementando por lo que el Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Dr. Juan José López Ibor, declaró en el Día Mundial de la Salud, el 7 de abril del 2001, que: "Para el año 2020, la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo".<sup>2</sup>

En los resultados del estudio multicéntrico que efectuó la OMS en 14 países para determinar los problemas de salud mental que se presentan con mayor frecuencia en la práctica médica general, se encontró que de uno a cuatro adultos que acudían a la consulta general tenía un trastorno mental, y solo el 1% de esas personas recibía atención especializada. De los pacientes con un trastorno mental (depresión), presentaban niveles de discapacidad mayores que el promedio de discapacidad de pacientes con otras enfermedades crónicas, tales como hipertensión, diabetes, artritis y dolor de espalda.<sup>3</sup>

El Banco Mundial y la Organización Mundial para la Salud, en su informe acerca de la carga global de las enfermedades (medida en años de vida ajustadas por discapacidad) muestra un cambio en la ubicación de la depresión mayor. En 1999 ocupaba el cuarto lugar, después de infecciones respiratorias, diarrea y condiciones del periodo prenatal, y en la proyección para el año 2020, se prevé que la depresión mayor ascienda hasta el segundo lugar después de la enfermedad isquémica del corazón.<sup>3</sup>

Se considera que hay 340 millones de personas en el mundo con esta patología y lo esperado para el año 2020, muestra que los trastornos psiquiátricos y neurológicos podrían incrementarse en todo el mundo de 10.5% de carga total de discapacidad a cerca del 15%, siendo mayor el incremento

que lo que se espera para las enfermedades cardiovasculares en forma proporcional.<sup>3</sup>

La depresión es un desorden anímico común, altamente tratable. Sin embargo, sólo una tercera parte de los individuos con un estado depresivo reciben una intervención adecuada. Las razones de un diagnóstico mal emitido varían desde un reconocimiento deficiente por parte de los médicos, hasta la negación abierta de los pacientes. Probablemente, el estigma relacionado a las condiciones psiquiátricas, es el factor más importante.<sup>4</sup>

La depresión a pesar de ser un trastorno médico grave, es curable, se trata a menudo de una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar, reduce la capacidad de adaptación social, es una causa de pérdida de productividad en el trabajo y tiene una gran influencia en los costos de salud. La gran carga económica que impone a la sociedad hace urgente la atención de esta enfermedad. El tratamiento de la depresión con un medicamento efectivo, fácil de usar y relativamente libre de efectos secundarios puede resultar menos costoso a largo plazo que el no dar tratamiento o que éste sea inadecuado, asociado con un bajo cumplimiento y una calidad de vida deficiente. El costo del medicamento es mínimo si se compara con otros costos médicos en los que se incurre cuando la depresión no es tratada o se hace en forma inadecuada.<sup>4</sup>

El paciente se siente vencido, con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: períodos de bajas transitorias del estado de ánimo, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.<sup>4</sup>

La depresión es una enfermedad que se debe tratar, al igual que la diabetes o la hipertensión. Erróneamente algunos creen que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Pero esto no es real, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo

normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para mejorar su condición.<sup>4</sup>

Aún cuando en el DSM-IV se ha definido claramente la enfermedad depresiva, la llamada depresión mayor consiste en un núcleo de trastornos clínicos diversos, aunados a una variedad de problemas psicopatológicos individuales y familiares.<sup>5</sup>

De acuerdo con el CIE-10 un episodio depresivo típico se caracteriza, tanto en los casos leves como moderados o graves, porque: "el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad". Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas "somáticos", tales como la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.<sup>6</sup>

En general, las mujeres presentan un riesgo superior al de los hombres, y también tienen un mayor riesgo los pacientes que presentan otros trastornos médicos o psiquiátricos; casi la mitad de las visitas realizadas en una consulta y que dan lugar a un diagnóstico de trastorno mental, las hacen médicos no psiquiatras, en su mayoría médicos del primer nivel de atención o de atención primaria. Los pacientes visitados en este contexto pueden encontrarse en un estadio más temprano y menos organizado de la enfermedad; la depresión

mayor se presenta en un 3 a 6 % en la población en general, la distimia en un 1% y el trastorno bipolar en menos de 0,5%.<sup>7</sup>

El síndrome depresivo es más común de lo que se supone. En diversos estudios realizados en clínicas de primer nivel de atención se encontró una prevalencia cercana al 25%. Muchas veces la depresión se confunde con melancolía o se considera como un trastorno derivado de las circunstancias de vida que no queda más que aceptar.<sup>8</sup>

**Epidemiología internacional y nacional.** La sociedad está empezando a reconocer a la depresión como un problema importante de salud pública. Dos de las iniciativas que han llamado la atención hacia el problema de la depresión, y sugieren que debe ser considerada como un problema de alta prioridad, son el Programa de Concientización, Reconocimiento y Tratamiento de la Depresión en los Estados Unidos de Norteamérica, que cuenta con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental Campaña de Combate a la Depresión en Gran Bretaña.<sup>3</sup>

A menudo se subestima el impacto de la depresión tanto en términos del sufrimiento personal como el de la carga económica sobre el sistema de salud y la comunidad.<sup>8</sup>

La depresión es un trastorno común, extenuante y con grandes posibilidades de tratamiento.<sup>8</sup>

El estudio de Área de Contagio Epidemiológico (Epidemiological Catchment Area o ECA), sugiere que más de 10 millones de personas en Estados Unidos experimentan depresión seria o mayor.<sup>1</sup> El estudio más amplio es el de la ECA en Estados Unidos, el cual muestra una tasa de incidencia del 4.4%. Esta tasa es similar a la de Puerto Rico (4.6%) pero considerablemente menor que la de Nueva Zelanda (12.6%) y que la de Edmonton, Canadá (8.6%). Las tasas más bajas se registraron en Corea (3.6%) y en Taiwán (1.1%). Sin embargo, parece que este tipo de encuestas subestiman la prevalencia de la depresión mayor.<sup>1</sup>

Recientemente, la encuesta nacional de Comorbilidad en Estados Unidos, utilizó los criterios del DSM-III-R y una metodología más refinada para las entrevistas de diagnóstico que la usada en el estudio de la ECA. Esta encuesta dio como resultado una tasa de prevalencia del 17% para un episodio de depresión mayor.<sup>1</sup>

La depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. El riesgo de esta enfermedad aumenta de 2 a 3 veces cuando existe una historia familiar de depresión.<sup>1</sup> La edad de más alto riesgo es entre los 25 y los 44 años, la cual coincide con la etapa de mayor productividad en el empleo, así como con los años de maternidad. En nuestro país, un reciente estudio muestra los siguientes datos: la prevalencia de los trastornos depresivos es de 12% en la población estudiada. El índice de recurrencia fue del 59%, ya que estas personas reportaron más de un episodio depresivo. La edad promedio en la que se inició este padecimiento se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida y se evidenció que la proporción respecto al género fue de dos mujeres por cada hombre afectado.<sup>1</sup>

En relación con la severidad de los episodios depresivos, los cuadros moderados presentaron la mayor tasa con 48.1, los severos ocuparon el segundo lugar con 30.8, y finalmente los episodios de leve intensidad con 21.1 por cada 100 casos.<sup>1</sup>

En cuanto a las discapacidades relacionadas con el trastorno, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género, pero lo que puso en evidencia el estudio fue que las mujeres buscan más ayuda que los hombres. En relación con la búsqueda de ayuda de médicos y de personal profesionista del campo de la salud mental, se encontró que solamente un poco más de una quinta parte de los afectados buscó este tipo de ayuda, seguidos por sacerdotes, curanderos y médicos naturistas.<sup>1</sup>

En el 86% de los afectados por un episodio depresivo se presentó algún síndrome somático y esto propició que el paciente acudiera en búsqueda de ayuda médica, más no con un psiquiatra. En este mismo estudio, se observó

que el 16.7% de los sujetos que sufrían de episodios depresivos buscaron ayuda con médicos no psiquiatras y el 13.3% lo hicieron con especialistas de la salud mental.<sup>1</sup>

De acuerdo con estudios realizados por Frenk y col., en 1998 los trastornos depresivos ocuparon el lugar décimo tercero de las principales causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en México.<sup>6</sup>

Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Septiembre,2001), en uno de sus reportes, señala que numerosos estudios epidemiológicos en México, han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15% para la población en general y en países industrializados ha sido reportada entre 6 y 12%. Un estudio realizado en 1995 reporta una prevalencia de 7.9% para habitantes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. Las cifras de prevalencia en México presentan un patrón más elevado de acuerdo al grupo etáreo evaluado, por ejemplo, en niños en etapa escolar ha sido reportada hasta en un 36%, lo mismo sucede con los ancianos, en quienes se presentan cifras similares. La mayoría de los estudios transversales han establecido que existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%). La ocurrencia de depresión ha sido reportada con una magnitud importante en el grupo de pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa como es la diabetes mellitus, en la que resultan afectados alrededor del 40 al 70% de los pacientes. También ha sido observada en pacientes seniles que son atendidos en centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, independientemente de su estado de salud. Se ha demostrado que algunas enfermedades pudieran tener una comorbilidad mayor con la depresión y así lo demuestra un estudio realizado en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el que se encontró un porcentaje considerable de depresión (37.2%).<sup>6</sup>

Numerosos textos antiguos contienen descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo. La historia del rey Saúl en el Viejo Testamento y la del suicidio de Ajax en la Ilíada de Homero describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el 400 a. C., Hipócrates utilizó los términos de “manía” y “melancolía” para describir trastornos mentales.<sup>9</sup>

El escritor William Styron, quien padeció una severa depresión, escribió: “Misteriosamente y de maneras totalmente ajenas a la experiencia natural, la horrible llovizna gris inducida por la depresión adquiere la calidad del dolor físico”.<sup>9</sup>

El célebre primer ministro británico, Winston Churchill, quien también padeció depresión, se refería a ésta como su “perro negro”.<sup>9</sup>

La depresión es una enfermedad; no es una cosa de “voluntad”, ni un proceso normal del envejecimiento. Es tan común que en términos psiquiátricos se equipara a “un resfriado”.<sup>9</sup>

La depresión tiene una distribución mundial y actualmente ya es considerada como un problema de salud pública. En relación a los trastornos mentales ha aumentado la frecuencia de la depresión y se dice que es responsable de un gran sufrimiento, discapacidad y deterioro en la vida de las personas.<sup>10</sup>

Se define a la depresión como una “alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento, y de los ritmos vitales que persiste habitualmente por tiempo prolongado (lo menos dos semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida con aparición de varios episodios adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos”. Realmente se puede hablar de una afectación global con énfasis muy particular de la esfera afectiva.<sup>10, 11</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud se calcula que para el año 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por arriba de todos los

padecimientos que corresponden a éste grupo etáreo. "En México es la principal discapacidad mental".<sup>12</sup>

Se considera que la prevalencia mundial global es de 10% en la población adulta y que en México hay aproximadamente cuatro millones de personas con depresión. Por lo tanto se espera que en los próximos años la demanda de servicios de salud mental "constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud"<sup>13</sup>

- La depresión afecta el desempeño laboral, en niveles económicamente relevantes.
- Incrementa los riesgos de comorbilidad, incluso cuando son mínimas las manifestaciones.
- Aumenta los costos de atención.<sup>13</sup>

Se calcula que en año 2050 uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 65 años, con el envejecimiento físico algunas capacidades se deterioran, la mala nutrición en los adultos mayores es común. Se sabe que una nutrición adecuada es necesaria para mantener un estado óptimo de salud, se ha encontrado relación entre la depresión y la desnutrición.<sup>14</sup>

En nuestro país, no se han publicado muchos estudios sobre depresión y mucho menos depresión en sujetos de la tercera edad.

Junghans y Espino demuestran que existe una asociación entre depresión, polifarmacia y pluripatología. Las pérdidas que tienen los pacientes son uno de los factores importantes en la génesis de la depresión, como la viudez, pérdida del empleo etc.<sup>11</sup>

Se han encontrado evidencias que demuestran que la prevalencia aumenta conforme la edad avanza y disminuye con niveles altos de educación, así pues la prevalencia es más alta en hombres que viven en el campo. Guerra y colaboradores realizaron un estudio donde compararon la prevalencia de depresión entre México, Perú y Venezuela encontrando que existe una correlación muy importante entre historias previas de depresión y

enfermedades físicas. En un estudio que se realizó en Torreón, Coah. en pacientes geriátricos hospitalizados se encontró depresión en un 50%.

Gallegos Carrillo et al. encontraron un decremento importante en la calidad de vida de adultos mayores que padecen depresión, siendo más acentuado éste en quienes tenían enfermedades crónicas.<sup>11</sup>

El envejecimiento de la población es un acontecimiento de suma importancia por las consecuencias que de ello derivan sobre todo en el aspecto económico y social. Definitivamente en donde más repercute es en el campo de la salud, la edad avanzada representa un factor de riesgo de un sinnúmero de trastornos y el aumento en el número de años vividos tiene como compensación una mayor tasa de enfermedades crónicas que en la mayoría de los casos son responsables de incapacidad y por ende ameritan un mayor desempeño de los servicios sanitarios y sociales.<sup>15</sup>

Los problemas de salud más relevantes y persistentes entre los ancianos son la Depresión y el Deterioro Cognitivo, es complicado determinar en los adultos mayores si la pérdida de la memoria es atribuible al proceso de envejecimiento al inicio de una demencia o a un episodio depresivo.<sup>16</sup>

Actualmente el cambio demográfico más importante es el envejecimiento de la población, y la depresión es uno de los diagnósticos más frecuentes en la población geriátrica "de acuerdo al enfoque sistémico para el estudio de familia, la depresión crónica en uno o varios miembros de la familia pudiera asociarse con un inadecuado funcionamiento familiar".<sup>16</sup>

Los cuadros depresivos afectan del 10 al 30% de los ancianos, aumenta al 36% en discapacitados somáticos y a más del 50% en hospitalizados por enfermedades físicas, así mismo más del 43% de los adultos mayores que viven en asilos.<sup>17</sup>

Estas referencias son alarmantes tomando en consideración que el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio. Habiendo de resaltar que el riesgo de suicidio es muy superior en el anciano más que en pacientes de otras edades.<sup>17</sup>

El paradigma de los padecimientos psiquiátricos es la depresión en el prototipo teórico bio-psico-social, y demandando un manejo terapéutico en los tres aspectos.<sup>18</sup>

La interacción de la depresión con otro tipo de enfermedades favorece a una peor evolución e incrementa la morbi mortalidad de las mismas. El paciente geriátrico con depresión tiene un peor pronóstico, mayor riesgo de cronificación y de presentar recurrencias, hay un riesgo mayor de que aparezcan otras patologías y de que desarrolle deterioro cognitivo a la vez que acelera que se presente incapacidad funcional o física.<sup>10</sup>

La prevalencia de depresión en los adultos mayores es similar a la de otros grupos de edad, sin embargo en los senescentes los síntomas leves pueden ser más frecuentes y la variación en las formas de presentación muy diferentes. Con el envejecimiento disminuyen las capacidades de reserva, la resistencia individual interna, haciendo al sujeto más vulnerable y con poca adaptabilidad a las exigencias del entorno lo que llega a enfrentarlos a situaciones graves como pueden ser “Insatisfacción de las necesidades básicas fisiológicas de seguridad, afecto, de pertenencia hasta las pérdidas simbólicas y reales de seres y objetos significativos”.<sup>11</sup>

Hay significativos vacíos de información en cuanto a la depresión en los adultos mayores. Abocarse a este tema puede favorecer específicamente a disminuir la discapacidad, y la morbilimortalidad, además de disminuir costos de atención en salud. Existe una importante “carencia en la literatura sobre depresión en adultos mayores mexicanos concerniente a los estudios de intervención”.

Aún cuando hay varios artículos recientes sobre la alta incidencia de depresión en adultos mayores, concurre una notable falta de investigaciones sobre lo que debe hacerse con los pacientes.<sup>9</sup>

Los adultos mayores presentan cuatro discapacidades predominantes:

- o Motriz
- o Visual
- o Auditiva y
- o Mental

De éstas, la mental es la que se presenta más frecuentemente.<sup>12</sup>

Actualmente se considera que cualquier trastorno del humor que disminuya el desempeño laboral o limite la actividad vital habitual debe ser sujeto a tratamiento farmacológico y con psicoterapia.<sup>18</sup>

Aunado al envejecimiento ocurre un deterioro en las capacidades del individuo y aumentan los problemas de salud mental, uno de ellos es la depresión, que está considerada como un padecimiento incapacitante y que se relaciona a una mortalidad elevada.<sup>18</sup>

Se conoce que la prevalencia de la depresión varía de acuerdo al instrumento diagnóstico que sea utilizado.<sup>18</sup>

"A pesar de la variabilidad en la metodología utilizada se coincide en un subdiagnóstico y subtratamiento".<sup>18</sup>

#### CLASIFICACION:

Ya en años recientes el trastorno depresivo mayor fue descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) y actualmente en el DSM-IV, en éste se especifica que los dos principales trastornos de este grupo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I. Además se

considera, en este Documento, a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para caracterizar a la depresión.<sup>1</sup>

“Las dos clasificaciones más ampliamente aceptadas por la comunidad médica y científica internacional son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el DSM-IV, en su cuarta versión, de la Asociación Psiquiátrica Americana”.<sup>1</sup>

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos).<sup>18</sup>

El estándar de oro para el diagnóstico de depresión mayor es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada DSM-IV-TR, cuando se aplican los criterios de éste la prevalencia es del 1 al 3% pero si se utilizan los instrumentos diseñados exclusivamente para adultos mayores la prevalencia es superior. Se calcula que es del 10 al 27%, el sexo más afectado es el femenino.<sup>18</sup>

“En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas”.<sup>19</sup>

**Clasificación de la Depresión de acuerdo al CIE-10** (sistema pensado con finalidad epidemiológica)

F30-39 Trastornos del Humor (afectivos)

F32. Episodios Depresivos

- F32.0 Episodio Depresivo leve
- F32.1 Episodio Depresivo Moderado
- F32.2 Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio Depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros Episodios Depresivos

- F32.9 Episodio Depresivo sin especificación

### F33. Trastorno Depresivo Recurrente

- F33 Trastorno Depresivo Recurrente,

-episodio actual leve

-episodio actual moderado

-episodio actual grave sin síntomas psicóticos

-episodio actual grave con síntomas psicóticos

-trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

-otros trastornos depresivos recurrentes

-otros trastornos depresivos recurrentes sin especificación

### Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10

- A. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos.
  - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
  - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
  - Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
  - Empeoramiento matutino del humor depresivo
  - Presencia de enlentecimiento motor o agitación

- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- Notable pérdida del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10.<sup>19</sup>

### **Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10**

#### **A. Criterios generales para episodio depresivo**

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

#### **B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:**

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

#### **C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea menos de 4:**

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida

4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no Síndrome Somático, según estos criterios podemos clasificarlo:

**Episodio depresivo leve:** Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.<sup>20</sup>

**Episodio depresivo moderado:** Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.<sup>20</sup>

**Episodio depresivo grave:** Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10.<sup>19, 20</sup>

**Clasificación de acuerdo al DSM-IV** (más completo y preciso se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica así como avances de la investigación).<sup>20</sup>

### **Trastornos del Estado de Ánimo**

#### Episodios Afectivos

- Episodio Depresivo Mayor
- Episodio Depresivo Mayor con síntomas psicóticos
- Episodios Maniacos
- Episodio Mixto (manía y depresión mayor)
- Episodio Hipomaniaco

#### Trastornos Depresivos

- Trastorno Depresivo Mayor (uno o más episodios de depresión mayor)
- Trastorno Distímico Crónico
- Trastorno Depresivo no especificado (los que no cumplen criterio).<sup>20</sup>

Se conoce que los adultos mayores pueden sufrir depresión entre otras causas “por la percepción de su propio deterioro, por las amenazas que suponen los cambios en su ambiente social, o debido a cambios en las estructuras cerebrales asociadas con la afectividad en el proceso de envejecimiento”.<sup>15</sup>

La depresión ocurre como resultado de la combinación de varios factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Tiene una causa bio –psico-social.<sup>9, 12</sup>

#### “La depresión y sus causas

1. Factores genéticos
2. Factores químicos, alteración de neurotransmisores
3. Factores psicológicos como: experiencias adversas en la infancia: dificultades cotidianas y crónicas efectos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima.<sup>18</sup>

### **Factores genéticos**

La susceptibilidad genética de la depresión ha sido sujeto de estudio pero no existe evidencia de que haya un gen predictor de depresión pero si se le relaciona con mayor presencia de síntomas depresivos.<sup>18</sup>

Respecto a esto existe polémica pero se habla de marcadores genéticos para los trastornos depresivos en los Cromosomas X, 4, 5, 11, 18, y 21. Puede ser que exista influencia de múltiples genes que actúan con múltiples factores ambientales.<sup>9</sup>

Ciertos tipos de depresión afectan a miembros de la misma familia, esto nos indica que se puede heredar una predisposición biológica. Se han encontrado familias donde la depresión severa se presenta generación tras generación. Pero también puede afligir a personas que no tienen una historia familiar de depresión.<sup>18</sup>

### **Factores químicos**

Con el envejecimiento la actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5-HT disminuye, las irregularidades en éste neurotransmisor está relacionada con la fisiopatología de la depresión. Esta patología favorece la presencia de cambios neurológicos hormonales e inmunológicos y por ende ocurre aumento del tono simpático, disminución del tono vagal, y de las aminas cerebrales así como la inmuno supresión. De la misma manera se presenta hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol. También se ha asociado a depresión la deficiencia de dehidroepiandrosterona, como la disminución de testosterona a la distimia en el hombre.<sup>18</sup>

Hay evidencia suficiente de que la **serotonina** (5-hidroxitriptamina,5HT), norepinefrina y dopamina intervienen en la fisiología de la depresión.<sup>21</sup>

La **noradrenalina** es producida en un núcleo del encéfalo específicamente en el locus coeruleus, cuando existe una deficiencia de éste o un desequilibrio con

la serotonina ocurre cambios que inducen a mantener un estado de depresión reactiva.<sup>21</sup>

La **dopamina** es un neurotransmisor que participa en el mantenimiento del estado de alerta.<sup>21</sup>

### **Factores psicológicos**

“Errores cognoscitivos, psicodinámicos, o de comportamiento pueden ser los causantes de la depresión. Estudiosos del tema aseguran que cuando ocurre aprendizaje de un comportamiento de abandono asociado con la depresión y eventos desfavorables durante el transcurso de la vida se puede condicionar una respuesta hacia los agentes de estrés continuo donde a mayor número de incidentes negativos vividos aparece más pronto la depresión.<sup>18</sup>

Los factores psicosociales se pueden evaluar con las variables de:

- Sexo
- Tipología familiar
- Apoyo social
- Actividad física
- Pluripatología
- Polifarmacia
- Dependencia económica
- Productividad
- Asistencia a asociaciones de convivencia
- Escolaridad
- Estado civil <sup>12</sup>

### **ETIOPATOGENIA**

La depresión es consecuencia de la combinación de factores genéticos neuroquímicos y psicológicos.<sup>9, 22</sup>

De acuerdo a investigaciones realizadas se concluye que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las nuevas tecnologías permiten obtener imágenes del cerebro por resonancia magnética y demuestran que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. "Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar con normalidad".<sup>9</sup> Existen evidencias de que puede haber una cierta capacidad regeneradora del tejido nervioso que se caracteriza por hipertrofia de las células que se encuentran cercanas a las dañadas pero tal parece que en el adulto mayor ésta capacidad está alterada.<sup>22</sup>

Los siguientes factores son considerados importantes en el origen de la depresión, aunque no se ha establecido la totalidad de ellos ni sus múltiples interacciones.

Se dice que un factor de riesgo es aquella condición que exagera la probabilidad de contraer o desarrollar una enfermedad.

1. Factores genéticos, Historia Familiar (rasgos de la personalidad del anciano principalmente si ésta se ha basado en la necesidad de orden y perfeccionismo)
2. Procesos degenerativos
3. Estrés psicosocial o disfunciones cognitivas (duelo, la contemplación o vivencia de un accidente asesinato o tragedia, haber experimentado una situación cercana a la muerte, soledad, pobreza, una pérdida grave, desempleo, una relación difícil, trauma, problemas financieros, personas con trastornos de ansiedad crónicos, trastornos de personalidad limítrofe, personas con baja auto-estima, rasgos de personalidad neurótica).
4. Ingreso a Asilos de Ancianos
5. Co morbilidad somática (apoplejía, ataque cardiaco, cáncer (pulmón, páncreas, cerebro), VIH/SIDA, Enfermedad de Parkinson y Alzheimer, Diabetes, enfermedad vascular cerebral, híper o hipotiroidismo,

hiperparatiroidismo, artritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), trastornos hormonales, premenopausia y menopausia también el dolor crónico está asociado a depresión

6. Poco o nulo apoyo social
7. Edad, los ancianos tienen un riesgo particularmente alto
8. Sexo la mujer es la que se ve mayormente afectada
9. Raza los estadounidenses de raza blanca son los más propensos
10. Trastornos del sueño particularmente insomnio
11. Viudez, jubilación, abandono familiar.
12. Medicamentos algunos analgésicos, antihipertensivos, esteroides, sedantes anticonvulsivantes, digoxina, ranitidina, antineoplásicos.
13. Consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas.<sup>17, 18, 19, 22, 23, 24</sup>

Existe una fuerte asociación entre demencia, enfermedad vascular cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o ganglios basales) enfermedad de Parkinson, y la depresión.<sup>18</sup>

Actualmente se considera a ésta como la Era de la Depresión o de la Melancolía, se conoce que hay 340 millones de personas con este padecimiento a lo largo del mundo, que entre el 2 y el 4 % de la población general sufre de este trastorno, y que se presenta en una relación de 2:1 con predominio en las mujeres.<sup>25</sup>

“Se dice que ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos”.<sup>26</sup>

La depresión se considera importante desde el punto de vista sanitario, psicosocial y económico, así como por su estrecha relación con el suicidio.<sup>26</sup>

Tiene gran relevancia la presencia de trastornos depresivos en la práctica clínica médica y resalta por la enorme frecuencia que se presenta y el alto porcentaje de morbilidad e inclusive mortalidad indirecta por el riesgo de

suicidio. Entre los trastornos psiquiátricos el trastorno depresivo es el que se presenta con mayor frecuencia.<sup>27</sup>

La depresión tiene alcances no solo para el bienestar y la calidad de vida en quienes la padecen sino que además el riesgo de suicidio en ellas es profundo y hace más deplorable y patética la situación.<sup>27</sup>

“El proceso del envejecimiento demográfico en México no es reversible, pues los adultos mayores del mañana ya nacieron”. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 ingresarán al grupo de 60 años y más, a partir del 2020 y se verá reflejado en el aumento de las proporciones de los adultos mayores en las próximas décadas.<sup>28</sup>

La depresión es una de las enfermedades de mayor prevalencia en el adulto y en México no se cuenta con una precisión por grupo de edad de ésta patología.<sup>28</sup>

De acuerdo a versiones de la Organización Mundial de la Salud la depresión ocupaba en el año 2000 el cuarto lugar como causa de incapacidad en el mundo, y se espera que para el año 2020 se encuentre en el segundo lugar solo por debajo de enfermedades cardiacas particularmente, isquémicas.<sup>4</sup> También se conoce que 121 millones de personas sufren depresión y que una de cada cinco desarrollará un cuadro depresivo a lo largo de su vida.<sup>29</sup>

“La teoría psicodinámica propone que las pérdidas son inevitables durante el envejecimiento, (pérdida de objetos, pérdida de la imagen corporal, etc.) y por ello se desarrolla un síndrome parecido a la depresión, el síndrome de depleción”.<sup>19</sup>

Se desconoce de que manera la espiritualidad y la religión influyen pero se asocian con un menor número de casos de depresión.<sup>19</sup>

Desde hace mucho tiempo se advirtió una relación entre depresión y falta de apoyo social, ante una red social débil peor pronóstico.<sup>19</sup>

En la actualidad se habla de la depresión como un trastorno anímico, y se conocen varios subtipos: <sup>19</sup>

**Depresión mayor** es un proceso multifactorial complejo, se caracteriza por presentar síntomas afectivos, de tipo cognitivo, volitivo e incluso somáticos, se llega a éste diagnóstico cuando encontramos al menos 5 de los siguientes criterios por lo menos por 2 semanas. <sup>19</sup>

- Ánimo deprimido casi todos los días la mayor parte del tiempo.
- Anhedonia
- Trastornos alimenticios
- Trastornos del sueño
- Agitación o enlentecimiento
- Pérdida de energía y fatiga intensa
- Sentimientos de culpabilidad o inutilidad
- Falta de concentración
- Ideación suicida

Se debe valorar la posibilidad de internamiento en aquellos sujetos con alto riesgo de suicidio. <sup>30</sup>

**Distimia Crónica** los síntomas que se presentan son los mismos que en el trastorno depresivo mayor, pero de menor intensidad duran por lo menos 2 años y se han referido a ellos como “un velo de tristeza”, se caracterizan por baja energía, negatividad general e insatisfacción y desesperanza. <sup>30</sup>

**Depresión Atípica** los pacientes presentan hipersomnio, hiperfagia, sentimiento de rechazo importante, y un sentido general de pesadez. <sup>30</sup>

**Trastorno afectivo estacional** se caracteriza por episodios que se presentan cada año durante otoño e invierno, desaparecen durante la primavera y verano aunque pueden presentar durante esa época fases maníacas, otros síntomas que lo acompañan son hiperfagia y fatiga. <sup>30</sup>

**Trastorno disfórico premenstrual** cursa con depresión severa irritabilidad y tensión.<sup>30</sup>

**Trastorno Bipolar** se dice de este padecimiento que es un trastorno caracterizado por uno o más episodios de manía alternados con períodos de depresión, el estado de ánimo oscila entre la alegría y la tristeza.<sup>30</sup>

Existen muchos factores que contribuyen a que el riesgo de depresión sea más alto en algunos subgrupos de pacientes de edad avanzada como son enfermedades concomitantes, dolor crónico, pérdida de ambiente familiar, hogares de ancianos, jubilación, ambiente social, duelo, déficits funcionales; estos conceptos coinciden con los vertidos en el artículo de Gómez La Depresión en el Anciano.<sup>22</sup>

Los datos que maneja la OMS, en torno a la salud mental de los pacientes geriátricos, indican que el 25% de ellos presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico; entre tales trastornos destaca la depresión como el más frecuente hasta los 75 años.<sup>31</sup>

A pesar de tal evidencia la depresión es la enfermedad mental del anciano con mejor pronóstico, dado su carácter reversible con un tratamiento adecuado.<sup>31</sup> Se han diseñado indicadores que contabilizan los años saludables de vida que se pierden tanto por muerte prematura como por consecuencia de una discapacidad. El indicador más comúnmente utilizado es el de años de vida saludable (**AVISA**) perdidos. Este indicador tiene la gran virtud de que permite medir los daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte. Los padecimientos que mayores pérdidas de AVISA producen en mujeres son la depresión y la diabetes.<sup>31</sup>

Por su parte la OMS ha declarado que "en el 2020 la depresión constituirá la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados".<sup>32</sup>

México no se queda de lado y en la actualidad se estima que uno de cada 20 mexicanos padece de este mal. “La forma de vida que actualmente llevamos incide en el desarrollo de la depresión, la contaminación visual, auditiva y sensorial, el tráfico, la lucha laboral, la búsqueda de estatus o poder, los problemas económicos, los desacuerdos de pareja, la falta de una pareja, la violencia, las disfunciones sexuales, entre otras, son las causales de episodios depresivos”.<sup>10</sup>

### **SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO**

Se puede inferir el diagnóstico a partir de datos observacionales y poco específicos quejas hipocondríacas y somáticas difusas que no concuerdan con otras patologías.<sup>10</sup>

El Diagnóstico es clínico ya que no existe ningún marcador biológico como ya se mencionó anteriormente ni ninguna prueba que sea 100% efectiva. Se deberán considerar los criterios del DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría, Historia Clínica Completa y examen físico así como evaluación cognoscitiva.<sup>23</sup>

En los pacientes geriátricos los primeros síntomas de la depresión “se presentan en forma larvada o escondida” siendo los más comunes la apatía, el desinterés, la desgana por realizar acciones habituales y los trastornos de memoria.<sup>23</sup>

De hecho usualmente la depresión se detecta cuando el paciente intenta suicidarse, y en estas personas el suicidio suele ser exitoso.<sup>23</sup>

“La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

1. Dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc.
2. Dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.

3. Dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal, y de la libido, etc." <sup>23</sup>

**Criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-IV-R:**

**A.** Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe de estar presente e interferir en la vida de la persona:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por al menos dos semanas.

Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos dos semanas.

- Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos dos semanas.

**B.** Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las mismas semanas:

- Ánimo depresivo (o irritabilidad en los niños y jóvenes), (como se define en A1).
- Marcada disminución del interés o del placer (como se define en A 2).
- Alteraciones del peso o del apetito, ya sea:
  - a) Pérdida de peso sin hacer dieta
  - b) Ganancia anormal de peso o aumento del apetito
- Alteraciones del sueño insomnio e hipersomnio
- Alteraciones en la actividad, ya sea agitación o enlentecimiento, (observado por otros).
- Fatiga o pérdida de la energía.
- Autorreproche o culpabilidad inapropiada.
- Pobre concentración o indecisión
- Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo de morir) o de suicidio.

**C.** Los síntomas no son debidos a psicosis.

- D. Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco.
- E. Los síntomas no son debido a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos, o de drogas ilícitas.
- F. Los síntomas no son por una pérdida normal.<sup>33</sup>

Es de vital importancia conocer tratamientos (benzodiazepinas, narcóticos, glucocorticoides, interferón, reserpina) y patologías concomitantes (Diabetes, enfermedad tiroidea, neoplasias, anemia, enfermedad de Parkinson), para descartar que el cuadro depresivo esté siendo originado por cualquiera de éstas causas.<sup>18, 22</sup>

## SÍNTOMAS

- ❖ Tristeza (aunado a sentimiento de angustia)
- ❖ Interés reducido en lo que ocurre a su alrededor (aburrimiento apatía o indiferencia)
- ❖ Falta de aseo personal, desaliño en el vestir
- ❖ Pérdida de peso o ganancia sin hacer dieta
- ❖ Pérdida o aumento del apetito
- ❖ Insomnio, típicamente de despertar precoz, o problemas de sueño
- ❖ Cansancio
- ❖ Alteraciones de la memoria
- ❖ Sensación de culpabilidad (tiende a sentirse inseguro se infravalora y se hace autorreproches)
- ❖ Incapacidad para concentrarse o dificultad para tomar decisiones
- ❖ Ansiedad y/o Irritabilidad
- ❖ Dolores generales
- ❖ Simula demencia senil (Pseudodemencia depresiva)
- ❖ Ideación suicida (alto riesgo de suicidio, cuatro veces mayor que en población joven).<sup>18,22</sup>

Los factores que se asocian con mayor riesgo de suicidio son falta de apoyo familiar, mal estado de salud, alcoholismo, intentos suicidas previos, y presencia de anestesia afectiva (falta de sentimiento).<sup>22</sup>

La depresión y la demencia pueden estar relacionadas de varias formas y pueden manifestarse de tres formas diferentes:

- Paciente afectado de demencia que desarrolla un estado depresivo
- Episodio depresivo primario acompañado de quejas sobre problemas cognitivos.
- Depresión como factor de riesgo o antecedente de demencia.<sup>22</sup>

#### **Determinación de factores de riesgo:**

En la sociedad viven personas, grupos de personas, familias, y comunidades que tiene más posibilidades que otros de presentar en un momento dado enfermedades accidentales y/o muertes prematuras, de éstos se dice que son más vulnerables, así mismo que las enfermedades no se presentan aleatoriamente y que la vulnerabilidad tiene su razón de ser.<sup>34</sup>

La vulnerabilidad es ocasionada por cierto número de características

- Genéticas
- Ambientales
- Biológicas
- Psicosociales
- Culturales
- Económicas
- De comportamiento

Éstas interactúan individualmente o entre sí y desencadenan la presencia de un evento. En este momento surge el concepto de “**riesgo**” que involucra la presencia de una característica o factor que incrementa la posibilidad de resultados desfavorables, o de que ocurra un evento o daño a la salud.<sup>34</sup>

Desde éste punto de vista el riesgo es una medida de probabilidad estadística de que en el futuro ocurra un evento generalmente no deseado.

Se considera un factor de riesgo a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona que se conoce está asociada a un aumento en la posibilidad de desarrollar, padecer o estar expuesto a un proceso mórbido, así como al incremento en la probabilidad de consecuencias adversas.<sup>34</sup>

Clasificación de los factores de riesgo para depresión:

1. Factores genéticos
2. Factores químicos, alteración de neurotransmisores
3. Factores psicológicos<sup>9,12</sup>

Se han detectado **grupos de riesgo** para ésta patología, un ejemplo de ello es que afecta a un 20% de mujeres y a un 10 % de hombres en algún momento de la vida, en un período establecido aproximadamente un 2.5% de los hombres y el 8% de las mujeres se encuentran deprimidos en forma activa; el embarazo y postparto son períodos altamente críticos.<sup>35</sup>

Enfoque de riesgo se refiere a la metodología para distribuir los recursos a los grupos vulnerables.<sup>35</sup>

Tres parámetros, se constituyen en factores de riesgo para la depresión:

- Severidad de la enfermedad física
- Dolor
- Grado de discapacidad funcional.

Los trastornos depresivos y la enfermedad física están asociados en forma cercana. Se ha encontrado que un 20-25% de pacientes con enfermedades somáticas presentan depresión mayor. También que, casi el 90% de los ancianos con depresión mayor padecen al menos otra enfermedad médica asociada.<sup>35</sup>

Principales precipitantes somáticos:

- Infecciones Agudas

- Neoplasias
- Enfermedades neurológicas (Enfermedad de Parkinson, Demencia de Alzheimer)
- Accidentes cerebrovasculares
- Patología cardiovascular (Infarto al miocardio)
- Administración de hormonas esteroideas y de radioterapia.<sup>35</sup>

Se considera a la depresión como una comorbilidad de un gran número de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, cerebrovasculares, síndrome metabólico, y colon irritable entre otras, pudiendo empeorar la evolución de éstas enfermedades.<sup>36</sup>

Folstein y Col. (1977) concluyeron que la prevalencia de depresión es mayor entre los pacientes con enfermedad cerebrovascular, que entre los afectados por otro tipo de patologías que tenían el mismo grado de discapacidad. Goldstein en el año de 1948 mencionó la reacción catastrófica como resultado del organismo para afrontar el déficit físico y el cognitivo.<sup>36</sup>

La depresión se consolida como un factor de riesgo y pronóstico en enfermedad coronaria, así mismo la depresión post infarto está relacionada con un riesgo mayor de mortalidad cardíaca y está asociada con un pronóstico negativo. Se conoce que se identificaron algunos parámetros fisiológicos alterados en sujetos con patología coronaria, activación simpática excesiva o bien un deficiente control parasimpático, que podría estar relacionado con arritmias y muerte súbita.<sup>36</sup>

En los casos de Colon Irritable, se han considerado los factores psicosociales como los de mayor relevancia en su origen por lo que se le identifica como un trastorno psicofisiológico.<sup>37</sup>

En un 36% de los pacientes clínicamente enfermos se encuentran síntomas depresivos, los pacientes que padecen diabetes, demencia afecciones cardíacas e insuficiencia renal presentan tasas altas de depresión co mórbida.

En grupos de pacientes jóvenes se ve incrementado el riesgo de uso y abuso de drogas, alcohol, y suicidio, y se reconocen como factores de riesgo la falta de destrezas sociales y de pertenencia a grupo, así como una baja autoestima y/o autoconcepto, como una situación familiar irregular o familias desintegradas, en los grupos de senescentes se incrementa el riesgo de mortalidad por patología concomitante.

Los individuos que padecen depresión presentan más enfermedades que quienes no la padecen, también el pronóstico es más crítico en ellos, “Además, la depresión puede conducir a una importante morbilidad psicosocial con un menor funcionamiento en roles ocupacionales”.<sup>31,38</sup>

Un aspecto por demás importante es el hecho de que alrededor del 60% de todos los suicidios se asocian a depresión importante e inciertamente el 15% de pacientes en estado depresivo que es ingresado a un Hospital Psiquiátrico, perpetra suicidio de acuerdo a un estudio del Programa Educativo de los Trastornos Depresivos de la Asociación Psiquiátrica Mundial.<sup>31</sup>

Dos tercios de los pacientes deprimidos exhiben ideas suicidas, 10% -15% de los pacientes deprimidos se suicidan.<sup>31</sup>

Los suicidios en mujeres han crecido a un ritmo anual de casi 5%. El acrecentamiento ha sido particularmente agudo en las mujeres de entre 11 y 20 años de edad.<sup>31</sup>

Un aspecto muy importante es que la depresión puede prevenirse detectando anticipadamente los factores riesgo que nos conducen a ella.<sup>31</sup>

En niños y adolescentes el género y la edad aparecen como factores de riesgo relevantes, también la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida.<sup>39</sup>

La violencia intrafamiliar trae como consecuencia secuelas a largo plazo en la salud mental como son el desarrollo de trastornos como depresión, baja autoestima intentos de suicidio y Síndrome de estrés postraumático.<sup>40</sup>

Zavala y Cols. realizaron un estudio donde se determinaron como factores de riesgo: “dificultad para realizar actividades de la vida diaria, desamparo filial, pérdida de roles, bajo apoyo social, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, sexo femenino, pluripatología, polifarmacia, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental”.<sup>41</sup>

Ávila-Funes y cols. concluyeron que en un grupo de 1880 personas que estudiaron las que presentaron síntomas depresivos tenían aparentemente mayor susceptibilidad para las enfermedades así como para el detrimento de las capacidades físicas, lo cual está respaldado por algunos cambios neurológicos hormonales e inmunológicos.<sup>42</sup>

Otro factor de riesgo para depresión suele ser el postparto o puerperio, está caracterizado por presentar llanto fácil, sentimientos de culpa, humor irritable, sentimientos de culpa por rechazo al recién nacido o bien renuencia a asumir los cuidados del mismo, pérdida de la libido e ideación suicida. Se puede presentar desde la cuarta semana posterior al parto pero la mayor frecuencia es alrededor de la semana doce.<sup>43</sup>

Entre los factores de riesgo para la depresión postparto de han descrito edades extremas en las puérperas, embarazo no deseado, dificultades conyugales, nivel socioeconómico, paridad, cesárea, anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido, y problemas con la lactancia.<sup>43</sup>

Existen diferentes tests psicométricos para el diagnóstico de la depresión y algunos son autoaplicables por ejemplo:

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)

Escala de Zung

Escala de Hamilton para Depresión

Test de Depresión

Autotest depresión

Escala autoadministrada de depresión

Cuestionario estructural tetra dimensional para la depresión (CET-DE)

Escala tetra dimensional para la depresión (ETD)

CET-DE versión abreviada

Test de Beck depresión

Cuestionario Manía

Escala de depresión del centro de estudios de los Estados Unidos (CES  
D).<sup>44</sup>

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)

## DESCRIPCIÓN

Aparece en 1982 con la versión original de 30 reactivos consta de 30 ítems sobre afecto, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos y juicios negativos, no investiga síntomas somáticos.<sup>12, 17, 18</sup>

Ninguno de los ítems son somáticos por lo que no hay ningún problema para evaluar la depresión, ya que no se presta a confusión con los síntomas somáticos propios de los sujetos de este grupo etáreo.<sup>12, 17, 18</sup>

- La Escala de Depresión Geriátrica reúne características del **instrumento ideal**, es autoadministrado, fácil de contestar y es la única específicamente construida para ancianos. Para diferenciar ancianos depresivos y no depresivos
- Es una escala de cribado, es decir de detección de la posible presencia de depresión.
- Sensibilidad del 84%

- Especificidad del 95%
- Consta de **30 ítems**, formulados como preguntas y con respuesta dicotómica sí/no.
- Es una escala autoaplicada

#### CORRECCION E INTERPRETACION

Proporciona una puntuación que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems.

- Cada ítem puntúa 1 o 0, por lo que la puntuación total en la GDS oscila entre 0 y 30, 0 y 15 o 0 y 5.
- En la versión de 30 ítems:
  - Una respuesta afirmativa en los ítems 2-4,6,8,10,-14,16-18,20,22-26 y 28 vale un punto.
  - Una respuesta negativa en el resto de los ítems (1,5,7,9,15,19,21,29,y 30) también vale un punto.
  - Los puntos de corte recomendados son los siguientes:
    - 0-10 puntos: **normal.**
    - 11-30 puntos: **posible depresión.**
    - Algunos autores diferencian entre
      - 11-20: **depresión leve.**
      - > 20: **depresión grave.** <sup>12, 44</sup>

Aunque existen un gran número de instrumentos para evaluar los trastornos mentales no deberían de aplicarse a los ancianos porque no han sido adaptados para ellos y esto puede incidir en que se detecte un excesivo número de falsos positivos. <sup>45</sup>

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Cuadro II. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

	SI	NO
1. ¿Está satisfecho (a) con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6. ¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	1	0
7. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	1	0
9. ¿Se siente contento (a) la mayor parte del tiempo?	0	1
10. ¿Se siente frecuentemente desamparado (a)?	1	0
11. ¿Se siente intranquilo (a) y nervioso (a) con frecuencia?	1	0
12. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	0	1
14. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	1	0
15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a) ahora?	0	1
16. ¿Se siente desanimado (a) o triste con frecuencia?	1	0
17. ¿Siente que nadie lo aprecia?	1	0
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	1	0
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	0	1
20. ¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	1	0
21. ¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
22. ¿Siente que su situación es desesperante?	1	0
23. ¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	1	0
24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	1	0
25. ¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	1	0
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27. ¿Disfruta el levantarse por las mañanas?	0	1
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29. ¿Le es fácil tomar decisiones?	1	0
30. ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	0	1

Fuente: Martínez-Mendoza et al. Depresión en adulto mayor hospitalizado Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28

Existen versiones abreviadas una de **15 ítems** (Sheikh y Yesavage, 1986) solo requiere 5-7 min para ser completada con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención y otra de **5 ítems** (Holy y cols., 1999). La versión de 15 ítems que también es válida y confiable, propuesta por Sheikh y Yesavage, y recomendada por la British Geriatrics Society evita los síntomas somáticos, centrando su atención en la sintomatología depresiva y calidad de vida.<sup>18,46</sup>

También ha sido validada en español en el ámbito de atención primaria. Se considera una puntuación: > 5 indicativa de depresión, tomando en cuenta que se debe confirmar el diagnóstico evaluando los criterios DSM-IV. Existen otras ultracortas de 1, 4, 5, y 10 preguntas.<sup>18,46</sup>

Reúnen los elementos del instrumento ideal, fácil de contestar, y fueron creados para la población de adultos mayores, el individuo responde SI o NO en relación a como se ha sentido en la semana anterior" éstos cuestionarios se deben considerar como métodos de cribado y no como pruebas diagnósticas.<sup>18</sup>

"Las dos Escalas con mejores puntuaciones han sido dos versiones de la GDS, la de 30 ítems de Izal y Montorio y la de 15 ítems de Martínez de la Iglesia et al, ésta última reduce importantemente el tiempo de administración lo cual es muy conveniente en los adultos mayores.<sup>18, 46</sup>

- Las tres versiones están disponibles en español
- Consta de 30 ítems sobre afecto, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos y juicios negativos, no investiga síntomas somáticos.
- En la versión de 15 ítems el punto de corte es 4/5.
- En la de 5 ítems el punto de corte es 1/2, aunque su rendimiento en las mujeres es inferior que en los varones.<sup>44, 45</sup>

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española):

GDS-VE

1.	¿En general, está satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	SI	NO
5.	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6.	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Con frecuencia se siente desamparado(a)?	SI	NO
9.	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11.	¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12.	¿Actualmente se siente un(a) inútil)?	SI	NO
13.	¿Se siente lleno(a) de energía?	SI	NO
14.	¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15.	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO

**PUNTUACIÓN TOTAL**

Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.

0-5: Normal	6-9: Depresión Leve	>10: Depresión establecida
-------------	---------------------	----------------------------

Fuente: <http://www.monografias.com/trabajos59/estudio-depresion/estudio-depresion3.shtml>

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo.<sup>18,22</sup>

Es sumamente importante la realización de la historia clínica completa, un examen físico exhaustivo, que deberá incluir la evaluación cognoscitiva. Se debe de considerar también la interacción compleja entre patología diversa existente y las complicaciones resultado del trastorno depresivo.<sup>18</sup>

Es recomendable un diagnóstico oportuno ya que es una enfermedad potencialmente reversible. Se deben de considerar la ansiedad y la somatización que son los síntomas dominantes, visitas repetitivas a consulta sin motivos claros o falta de objetividad en patologías físicas, conocer todos los medicamentos que está tomando sean o no prescritos debido a que algunos se asocian al desarrollo de depresión como es el caso de benzodiazepinas, narcóticos, glucocorticoides, o interferón. Descartarse padecimientos tales como diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, neoplasias, anemia y enfermedad de Parkinson.<sup>18</sup>

En el proceso normal de envejecimiento frecuentemente están presentes estresores en forma de: pérdidas, enfermedades, problemas económicos factores psicológicos y de personalidad, lo que no se considera normal es que se "presente deterioro funcional (incapacidad) relacionados con síntomas cognitivos estados de ánimo o abuso de sustancias".<sup>15</sup>

"El diagnóstico de depresión se complica por el solapamiento de quejas orgánicas secundarias a enfermedades médicas".<sup>15</sup>

Un gran número de los cuadros depresivos suelen pasar desapercibidos, muchas veces por presentaciones atípicas o negación de los síntomas depresivos. Los pacientes no exponen espontáneamente los síntomas emocionales, es importante que el médico de atención primaria esté muy alerta ante esos síntomas inexplicables, excesiva preocupación, quejas constantes,

para hacer la búsqueda de la depresión, de cualquier manera el diagnóstico será clínico, basado en los criterios actualmente aceptados para la clasificación del trastorno; CIE-10 de la OMS o DSMIV de la Asociación Psiquiátrica Americana.<sup>17</sup>

Generalmente la depresión se conoce como análogo de frustración, tristeza, duelo y desgano. La depresión es algo más, es una alteración que afecta el estado de ánimo y el comportamiento, en donde los sentimientos de tristeza, decaimiento y falta de interés por todo, interfieren con las actividades diarias, durante un período extenso.

Las características de la depresión son cinco de los siguientes síntomas, que se presentan por un periodo mínimo de dos semanas seguidas:

Tristeza, desgano y vacío.

Pérdida de interés en las actividades más placenteras.

Trastornos de la alimentación, desde pérdida del apetito hasta comer en exceso.

Trastornos del sueño, que incluyen insomnio, problemas para permanecer dormido, despertar muchas veces o dormir demasiado.

Moverse de manera lenta, sentir el cuerpo pesado, o bien, intranquilidad.

Apatía, fatiga y falta de energía.

Sentimientos de culpa, impotencia e inutilidad.

Falta de concentración, problemas de memoria, dificultad en la toma de decisiones.

Ideas acerca de la muerte e ideación suicida.<sup>48</sup>

Existe aceptación en la literatura psiquiátrica en el sentido de que solo se diagnostican menos de la mitad de los pacientes con trastorno depresivo mayor, y solo una parte recibe tratamiento.<sup>15, 17, 49</sup>

Si los trastornos depresivos no son detectados resulta en deterioro físico, cognitivo y social así como en recuperación tardía de enfermedades y cirugía como también en una mayor utilización de atención de salud y mayor índice de suicidio.<sup>17, 22</sup>

Desafortunadamente la mayoría de las consultas de atención primaria sujetas a una excesiva presión asistencial, no pueden ofrecer el tiempo suficiente para una anamnesis exhaustiva y una entrega especial para un profundo y detallado diagnóstico.<sup>17</sup>

Es recomendable escuchar a la familia no solo al paciente ya que ellos lo conocen mejor.<sup>49</sup>

Existen razones bien identificadas para el “infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión:

- Por parte del médico:
  - Deficiente formación en diagnóstico y tratamiento de la depresión
  - Pocas habilidades de manejo de pacientes con trastornos emocionales
  - No considerar la depresión como una enfermedad real,
- Por parte del ,paciente:
  - No reconocer que se padece depresión
  - Los síntomas inducen pasividad
  - El estigma que supone el diagnóstico
  - Incumplimiento terapéutico

- Por parte del sistema de salud:
  - No reconocer la naturaleza crónica y recurrente del trastorno
  - Dificultades para acceder a recursos especializados en salud mental.<sup>15</sup>

Si se reconoce y trata adecuadamente la depresión se producirán grandes mejoras en la calidad de vida de las personas mayores y sus familias.<sup>17, 49</sup>

## **TRATAMIENTO**

### ***“Lo que no se debe hacer”***

- \_ Pedirle que levante el ánimo y ponga algo de su parte.
- \_ Consejarle que se vaya de viaje o de vacaciones para olvidar.
- \_ Intentar convencerle si su estado es delirante.
- \_ Persuadirle de que hay mejoría, aunque no la haya.

### ***“Lo que sí se debe hacer”***

- \_ Explicarle el carácter temporal de la depresión.
- \_ Comentarle la frecuencia del trastorno.
- \_ Comunicarle la buena evolución si ésta se produce.
- \_ Reconvencer su tendencia a ver todo lo negativo.
- \_ Mantenerse siempre en una postura dialogante y flexible con el enfermo.
- \_ Dejarle expresarse.<sup>22</sup>

- Dar siempre tratamiento ante los síntomas de la depresión, sean de cualquier tipo.

- Con la finalidad de no empeorar posibles síntomas cognitivos, utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes.

- Usar benzodiazepinas, solo en los casos en que sean muy necesarias, debido a que estos fármacos agravan los síntomas cognitivos, producen sedación y pueden inducir cuadros confusionales en pacientes muy ancianos.
- Se debe de hacer un ajuste al inicio del tratamiento en relación a las dosis hasta alcanzar las dosis máximas recomendadas para cada medicamento debido a que dosis insuficientes son la causa más frecuente de ineficiencia.<sup>24</sup>
- Recordar la cardiotoxicidad de algunos antidepresivos, sobre todo los del grupo heterocíclico.<sup>22</sup>
- Evaluar posibles interacciones con otros fármacos.
- Tratar el mínimo tiempo posible, pero conforme a los criterios de duración de tratamiento.<sup>22</sup>

La depresión en el adulto mayor es uno de los prototipos de la patología psiquiátrica entendida bajo un modelo teórico bio-psico-social requiriendo un abordaje terapéutico en las tres esferas de actuación.

**Objetivos del tratamiento:**

- Mejoría del estado afectivo
- Del funcionamiento socio-laboral
- Calidad de vida global del paciente
- Disminuir morbimortalidad
- Prevenir recaídas de la depresión
- Reducir efectos adversos del tratamiento
- Restablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social.<sup>10</sup>

El tratamiento debe iniciar al momento de realizarse el diagnóstico. Los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos tienen una mejoría significativa.

Se reconoce que los tratamientos combinados son efectivos sobretodo aquellos en los que la psicoterapia conductista y las intervenciones psicosociales tienen un papel fundamental.<sup>49</sup>

El Tratamiento engloba diferentes aspectos todos ellos de vital importancia:

1. **Abordaje Psicoterapéutico** (Terapia hablada) implica la educación que se le dará al paciente sobre su padecimiento y el apoyo emocional durante la consulta.

A.- Información y Educación. Se debe informar al paciente y a la familia lo concerniente al padecimiento.

Las siguientes **recomendaciones** son recogidas en el esquema de la CIE-10 AP:

- La depresión es un padecimiento frecuente para el cual se dispone de tratamiento y cura sin dejar secuelas.
- No está causada por dejadez o pereza de orden moral.
- Preguntar directamente sobre el riesgo de **suicidio** y los planes para llevarlo a cabo.
- Evitar tomar decisiones importantes en esas condiciones.
- No comprometer al paciente a realizar actividades personales sociales y laborales en condiciones de enfermedad.
- Advertir que puede conllevar inapetencia sexual así como incapacidad para amar y ser amado.
- Reforzar las estrategias de afrontamiento del paciente ante hechos de la vida cotidiana, subrayar los cambios positivos.

B.- Psicoterapia de Apoyo.

C.- Psicoterapias psicodinámicas breves, son pláticas que "ayudan a aprender a combatir pensamientos distorsionados negativamente", es útil para disminuir en corto tiempo los síntomas depresivos en los ancianos.

D.- Psicoterapia interpersonal es de beneficio para los pacientes para entender y resolver relaciones personales problemáticas que a su vez pueden causar y empeorar la depresión. Es útil en personas que no pueden o no quieren tomar medicamentos, la depresión en los adultos mayores se ha comprobado que se puede tratar con éxito con psicoterapia.

E.- Terapia cognitiva (Beck), y cognitivo conductual es un apoyo importante enseña a las personas a modificar sus estilos de pensamientos sentimientos y comportamiento negativos por positivos. Este método se basa en la idea de que los tres componentes del estado de ánimo (pensamientos sentimientos conducta) están interconectados y ésta es también la dinámica de la depresión. Se ha comprobado que ésta terapia es efectiva para los adultos mayores.<sup>9, 10</sup>

Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Geriátría en colaboración con la investigadora Dra. Carmen García-Peña de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento junto con un grupo de enfermeras supervisadas y capacitadas por un enfermero especialista con maestría dan terapia cognitivo-conductual en modalidades grupales, esto como parte de un tratamiento no-médico para la depresión en adultos mayores. “Los resultados preliminares son favorables para esta intervención, que puede ser eficaz y de bajo gasto, en beneficio de quienes sufren este padecimiento tan doloroso”.

## 2. Intervención Psicofarmacológica

El tratamiento antidepresivo es efectivo en todos los grados de severidad de la depresión, en general son mejor tolerados los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y los de nuevas generaciones que los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

Para elegir el medicamento ideal se deben de tomar en cuenta algunos factores, entre ellos en caso de un evento previo utilizar el mismo antidepresivo que nos dio resultado anteriormente o inclusive alguno que haya sido eficaz en algún familiar de primer grado:

- Respuesta Terapéutica.
- Tolerancia a efectos secundarios, los IMAO (Inhibidores de monoaminoxidasa) no se recomiendan de primera elección se usan para depresiones atípicas con pobre respuesta a otros antidepresivos, con los antidepresivos tricíclicos de debe de iniciar a dosis baja para minimizar los efectos secundarios.
- Interacciones previsibles con otros fármacos o con enfermedades concomitantes.
- Costo económico.
- Normalmente la respuesta al tratamiento no se presenta inmediatamente es conveniente esperar de 4 a 6 semanas antes de pensar en cambiar el antidepresivo, y así mismo hacer del conocimiento de esta situación al paciente.<sup>10</sup>

**Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas:** (Noradrenalina, dopamina, serotonina)

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) (imipramina y amitriptilina) tienen más efectos secundarios (anticolinérgicos y cardiotoxicos) que los antidepresivos heterocíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), se administran tres veces al día por lo que su uso no es recomendable en el primer nivel de atención.

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	
<b>Nortriptilina</b>	<b>75-150 mg./día</b>
Amitriptilina	150 mg./día
Clorimipramina	150 mg./día
Imipramina	150 mg./día
Lofepramina	140-210 mg./día

OTROS	
<b>Amoxepina</b>	<b>300 mg./día</b>
Maprotilina	150 mg./día
Mianserina	60-90 mg./día
Nefazodona	400 mg./día
Trazodona	300 mg. /día

Están contraindicados en forma absoluta en el Infarto del miocardio reciente pueden producir **hipotensión ortostática y arritmia**. La **nortriptilina** es el fármaco de éste grupo que se recomienda en pacientes ancianos.<sup>10, 22</sup>

**Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina:**

**Venlafaxina y duloxetina:** dosis inicial 37.5mg. c/12 hs. e incrementar gradualmente hasta 75mg. c/12 hs. es útil para los síntomas físicos con componente emocional.<sup>10, 22</sup>

**Activador noradrenérgico y serotoninérgico específico**

Mirtazapina: 15 a 30 mg. /día.<sup>10</sup>

**Los Inhibidores selectivos de la recaptura de la Serotonina (ISRS)**

Son de mayor costo se usan en monodosis, lo cual nos da un mayor apego al tratamiento y aunado a terapias psicológicas es el tratamiento de elección para la depresión mayor leve o moderada.

**Mecanismo de acción:** condiciona una mejor tolerancia, y menos efectos secundarios así como un rango terapéutico amplio.

Efectos secundarios:

**Gastrointestinales** (náuseas, vómitos, diarreas, dispepsias), durante los primeros días que remiten en las primeras semanas.

**Sistema nervioso central:** cefaleas, nerviosismo, insomnio, somnolencia y aumento de la ansiedad, sobre todo al inicio del tratamiento.

Debe tenerse un especial cuidado si se usa **paroxetina** en pacientes ancianos, ya que este fármaco tiene un efecto anticolinérgico superior respecto a los restantes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

En pacientes con ansiedad y/o Insomnio utilizar **clonazepám** en gotas para un mejor control de dosis, ya que las modificaciones se podrán realizar a micro dosis de 0.1 mg = 1 gota, a dosis respuesta, debiendo suspenderse al desaparecer la ansiedad o insomnio.<sup>22</sup>

**Fluvoxamina** tiene discreto efecto sedativo.

**Sertralina** tiene una estrecha unión a proteínas plasmáticas, por lo que puede modificar niveles plasmáticos de otros compuestos que tienen la misma característica como digoxina, warfarina.

El escitalopram tiene mayor potencia inhibitoria y mayor selectividad y por ende mayor eficacia que el citalopram y menores efectos secundarios.<sup>22</sup>

### INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA ISRS

<b>Citalopram</b>	<b>20-40</b>	<b>mg./día</b>
<b>Escitalopram</b>	<b>10-20</b>	<b>mg./día</b>
<b>Fluoxetina</b>	<b>20-40</b>	<b>mg./día</b>
<b>Paroxetina</b>	<b>20-40</b>	<b>mg./día (90mg.dosis única semanal)</b>
<b>Sertralina</b>	<b>50-150</b>	<b>mg./día</b>
<b>Fluvoxamina</b>	<b>100-200</b>	<b>mg./día</b>

### Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)

Siguen siendo útiles en depresiones atípicas y en cuadros resistentes, la interacción más preocupante es con los alimentos ricos en tiramina ya que nos puede conducir a graves crisis hipertensivas.<sup>22</sup>

Moclobemida: 300-600mg/día. Inhibidor selectivo y reversible

Tranilcipromina: 20mg./día Inhibidor no selectivo e irreversible.<sup>10</sup>

### Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN):

**Reboxetina:** produce efectos adversos como cefalea, boca seca, náuseas, estreñimiento, y aumento de la sudoración.

Dosis 4-8mg.c /día en ancianos con insuficiencia renal y/o hepática iniciar con dosis de 2mg c/12hs.

**Otros fármacos antidepresivos: Sales de Litio y metilfenidato** se reservan para atención especializada.

**Duración del tratamiento:** Mantenerlo por un mínimo de 1 año antes de una retirada gradual. Si esta patología no se trata adecuadamente puede terminar en una demencia franca o agravarse y desembocar en el **Suicidio**.<sup>22</sup>

- ***Intervención psicosocial***

Tercer punto de la terapia combinada pero no por ello el menos importante

Mantener un contexto social sano

Incorporación a grupos de ayuda mutua, grupos de voluntarios, casas de cultura, unidades de prestaciones sociales, unidades de medicina familiar  
Organizaciones no gubernamentales (ONG).

Con el fin de colaborar al establecimiento de redes de apoyo social formales

- ***Fase de mantenimiento***

Se inicia al obtener remisión de la sintomatología, en caso de apego adecuado al tratamiento debe ser de 4 a 6 semanas, antes de pensar en reajustar las dosis de cualquiera de los medicamentos recomendados.<sup>50</sup>

**Duración del tratamiento:** Mantenerlo por un mínimo de 1 año antes de una retirada gradual. Inclusive se habla de tratar la depresión como una enfermedad crónica como diabetes o hipertensión. Si esta patología no se trata adecuadamente puede terminar en una demencia franca o agravarse y desembocar en el **Suicidio**, generalmente en éstos pacientes el suicidio es exitoso.

Se considera que existe un **período de latencia** en el tratamiento y corresponde al tiempo en que se hace ostensible el efecto terapéutico del medicamento antidepresivo (de 2 a 6 semanas).

**Respuesta al tratamiento** se considera cuando la severidad de los síntomas decrece cuando menos a la mitad.

**Remisión** este término se considera cuando el individuo “recupera su estado previo de normalidad”.

**Tratamiento de continuación** es el tiempo que se necesita para fortalecer la respuesta inicial y prevenir recaídas.

Después de un período de tratamiento mínimo de 6 a 12 meses se recomienda la retirada de la medicación en forma progresiva y gradual, cuando ocurre una retirada brusca de un ISRS se puede presentar un síndrome de retirada o de discontinuación (rebote serotoninérgico), con síntomas como malestar general, náuseas, mareos, temblores, alteraciones del sueño, parestesias, confusión, etc., los cuales ceden con la readministración del tratamiento.

**Recaída** cuando reaparecen síntomas del mismo episodio depresivo, en éste caso se reanuda el tratamiento que ya mostró ser efectivo, y debe de mantenerse por 3 a 5 años.

La causa de fracaso en el tratamiento es el inadecuado cumplimiento del mismo.<sup>10, 22</sup>

Es conveniente tratar en forma adecuada éste padecimiento ya que en caso contrario puede terminar en demencia franca, enfermedad de Alzheimer o bien en caso de agravarse llegar inclusive al suicidio.<sup>22</sup>

### **Terapia electroconvulsiva TEC**

Coexisten otros tratamientos que deberán ser valorados por el segundo nivel de atención la terapia electro convulsiva y la fototerapia “En caso de depresión refractaria o grave riesgo de suicidio”, resistencia a tratamientos, “depresión asociada a agitación psicomotriz de difícil control, depresión con síntomas psicóticos, contraindicaciones u objeciones graves para el uso de antidepresivos” (ejemplo primer trimestre del embarazo).<sup>10, 24</sup>

### **Consecuencias:**

Incremento de la morbi mortalidad, y de los servicios hospitalarios, se dice que existen semejanzas entre la depresión y el síndrome geriátrico de fragilidad, en éste se presenta un estado de vulnerabilidad en el cual los ancianos no tienen la capacidad de resistir a las agresiones externas, como cambios del medio ambiente, infecciones o cirugías. La depresión es un factor de riesgo potencial de mortalidad cardiaca, en relación a demencia tipo Alzheimer se ha generado un gran debate debido a que “se relacionan la depresión como causa de demencia y la demencia como factor de riesgo del trastorno depresivo”, el 50% de los pacientes que han sufrido un evento vascular cerebral tienen síntomas afectivos y el 40% de los que padecen Enfermedad de Parkinson o fractura de cadera.

Puede también haber consecuencias sociales y personales tanto incapacidad laboral como suicidio.<sup>18</sup>

**Pronóstico** En la edad geriátrica el pronóstico es peor que en otros grupos etáreos, ya que existe un mayor riesgo de cronificarse, de recurrencias, de comorbilidades, de desarrollar deterioro cognitivo así como de acelerar la aparición de incapacidad funcional o física, o inclusive de demencia franca.<sup>22</sup>

En el senescente la depresión se detecta cuando el paciente intenta suicidarse, con el agravante de que en éstos sujetos el suicidio casi siempre es logrado. Se ha encontrado un dato curioso los adultos mayores que tienen intentos de

suicidio y los que lo llevan a cabo visitaron a su médico antes de hacerlo esto deriva a la conclusión de que la mayoría de los sujetos con síntomas depresivos no son detectados por el sistema sanitario de salud.<sup>51</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La **depresión** se define como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

De acuerdo a la Sociedad Americana de Psiquiatría es una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés por casi todas las actividades.<sup>18</sup>

En un estudio realizado por Morales se hace mención sobre el Programa Nacional de Salud 2001-2006 en el cual se afirma que “Los trastornos depresivos siguen siendo un problema poco explorado, pero se sabe que en las próximas décadas serán la principal causa de pérdida de vida saludable en el planeta, ya que la prevalencia mundial global es del diez por ciento en la población adulta y tiende a aumentar”.<sup>13</sup>

Actualmente en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se han implementado estrategias para atender a la población con éste padecimiento, se conoce que la depresión puede prevenirse y existen acciones de efectividad demostrada para ello sin embargo, hay barreras que obstaculizan su tratamiento.<sup>31</sup>

En la actualidad México cuenta con casi cuatro millones de personas con depresión por lo que debe tomarse en cuenta como un problema urgente de

atender. Se deben de ejercer acciones para abordar el estudio de la depresión y realizar actividades encaminadas a prevenirla.<sup>18</sup>

El incremento en el número de adultos mayores en la actualidad, y el número reducido de hijos en las familias modernas ha sido un factor relevante para inducir a que los adultos mayores no cuenten con el acompañamiento de la familia como en épocas anteriores.<sup>18</sup>

Esto coincide con lo expuesto por Aguilar quien menciona que el envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad, propicia que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar.<sup>18</sup>

En un artículo publicado por Gómez se hace referencia a la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el sentido de que la vejez es el período de la vida en el cual el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hace cada vez más manifiesto en comparación con períodos anteriores.<sup>22</sup>

Cuando el ser humano después de pasar por las etapas de desarrollo llega a la vejez “aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas, que hacen que esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de los individuos”<sup>22</sup>

Se espera que en el 2020 la depresión se convierta en la segunda causa más común de discapacidad después de las enfermedades cardiovasculares.<sup>17</sup>

Los datos que maneja la OMS, en torno a la salud mental de los pacientes geriátricos, indican que el 25% de ellos presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico; entre tales trastornos destaca la depresión como el más frecuente hasta los 75 años.

A pesar de tal evidencia la depresión es la enfermedad mental del anciano con mejor pronóstico, dado su carácter reversible con un tratamiento adecuado.<sup>22</sup>

Es de todos conocido que la enfermedad depresiva en la edad senil constituye un problema de salud mental para el médico de primer nivel por su mayor gravedad, su elevado riesgo de suicidio y las dificultades que puede ofrecer para su correcto diagnóstico.

En el mismo artículo González refiere que éste padecimiento está relacionado con una alta morbi mortalidad, que ocasiona sufrimiento para el paciente y su familia, baja productividad y altos costos de atención, así mismo que tanto éste como otros padecimientos psiquiátricos son estigmatizados y originan el fenómeno de iceberg ya que un alto porcentaje no recibe atención médica.<sup>17</sup>

Urbina menciona que existen muchos estudios que han demostrado que la depresión está infradiagnosticada.<sup>15, 49, 51</sup>

Si la depresión se diagnostica poco en la población general, en el anciano se hace aún menos, con grados de subdiagnóstico del 32-50% esto se ve influido, por la creencia crónica de que el envejecimiento va de la mano con la depresión, otros factores pueden ser la aversión por parte de los médicos de atención primaria y el tiempo inadecuado de las consultas, se conoce que solo el 10% de los pacientes reciben tratamiento.<sup>15, 17, 49</sup>

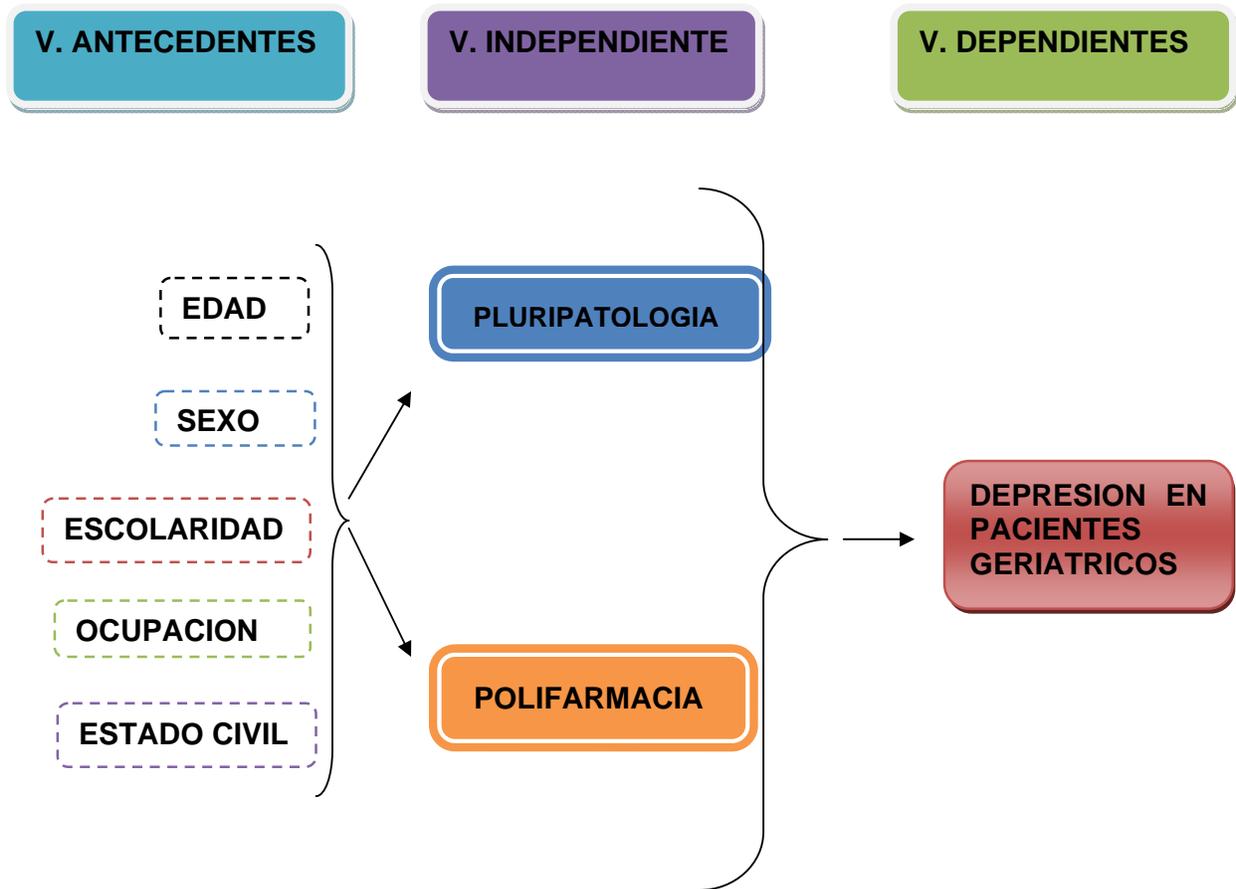
Un hecho relevante y demostrado estadísticamente es que el riesgo de suicidio en el anciano es muy superior, siendo menores las tentativas, pero aumentando el suicidio consumado principalmente en varones.

Contar con información sobre los factores de riesgo asociados a la depresión y la frecuencia de la misma en la población de pacientes geriátricos derechohabientes, permitirá sentar las bases para el desarrollo de estrategias efectivas en el ámbito de la salud pública.

Por las anteriores consideraciones, para efectos de este estudio, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo y los grados de depresión en pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Cd. Lerdo, Dgo.?

### 3. MODELO CONCEPTUAL.



---

#### **4. OBJETIVOS.**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los factores de riesgo y grados de depresión en los pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Cd. Lerdo Dgo.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Determinar el grado de depresión en los pacientes geriátrico

Determinar los factores de riesgo para depresión en los pacientes geriátricos

Conocer las características sociodemográficas de los pacientes

Identificar en cual sexo se presentan mayor número de casos de depresión.

Conocer cual grupo de edad es mayormente afectado.

Identificar la ocupación del paciente en los casos de depresión.

Identificar el estado civil del paciente

## 5. JUSTIFICACION.

La depresión se ha convertido en una de las enfermedades más comunes de nuestra sociedad, y su incidencia ha aumentado en los últimos años.

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20% aunque en Italia es de hasta un 40%.<sup>18</sup>

La depresión se considera uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes y en **México** su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años.<sup>50</sup>

En el Reino Unido, los médicos generales diagnostican casi dos millones de nuevos casos de depresión cada año.<sup>50</sup>

"En el D.F.y Zona Metropolitana el rango de proporciones de episodios depresivos en adultos mayores es de 57.1 a 79.5%".<sup>12</sup>

A pesar de la creencia general, hay más muertes por suicidio que por homicidio, alrededor de un millón de personas mueren por suicidio cada año, lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 16 por cien mil habitantes o a una muerte cada 40 segundos. y el fenómeno suele presentarse más frecuentemente entre las personas mayores.

La **OMS** calcula que el suicidio representa el 1,5% de los fallecimientos en todo el mundo, con especial prevalencia en los países menos desarrollados.<sup>53</sup>

Se conoce por estudios realizados que "en México una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito".<sup>31</sup>

"En el año 2000 el Censo de Población y Vivienda Mexicano informó que los habitantes mayores de 50 años representaban el 13.4 de la población y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se

duplicará en el 2025 y representará la cuarta parte de la población mexicana en el 2050".<sup>18</sup>

"Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuropsiquiátricos, el más importante de los cuales es la depresión. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005 (ENEP 2005) indican que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres."<sup>31</sup>

En México los suicidios no ocupan un lugar preponderante, sin embargo su número ha ido creciendo en forma importante.<sup>31</sup>

"El impacto económico de las enfermedades mentales es poco conocido en México. En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que a nivel global los padecimientos psiquiátricos y neurológicos contribuyen con el 12% del costo total de las enfermedades médicas; para la Organización Mundial de la Salud (OMS), alcanzan el 20%".<sup>31</sup>

"En México la vejez dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones. Hoy la población mayor de 65 años asciende a poco más de cinco millones de personas. En 2050 los adultos mayores serán 32 millones y representarán 24.6%, la cuarta parte de la población. A diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, la población de 65 años de edad y más está creciendo a una tasa anual de 2% y, de manera sorprendente, el ritmo de crecimiento de los mayores de 85 años se ubica entre 3 y 5%".<sup>18</sup>

Según versiones de Preston P. Garrison la depresión es un mal degenerativo que de no ser tratada se va agravando hasta convertirse en una enfermedad crónica, que propicia el suicidio.

De acuerdo a cálculos realizados por estudiosos en el tema se espera “que en 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo y un problema de salud pública más grave que el cáncer, los accidentes, las infecciones o las enfermedades pulmonares”.<sup>18</sup>

Para poder combatir de manera efectiva la depresión es indispensable implementar estrategias de atención, reducir el nivel de estigma y atender a los grupos vulnerables, dentro de los cuales se encuentran los adultos mayores que no cuentan con redes sociales de apoyo.<sup>18</sup>

Por tal motivo es de suma importancia realizar estudios enfocados a la búsqueda de pacientes con síntomas depresivos y posteriormente implementar estrategias de prevención y tratamiento oportunos.

Se espera que el presente estudio brinde valiosa información sobre la situación local de la depresión en pacientes geriátricos y que sirva de base para aportar más elementos al manejo y control de éste padecimiento en nuestra Clínica.

El trastorno depresivo puede llegar a ser devastador, en los pacientes que ya de por sí pueden estar sufriendo por patología concomitante.

Dado que no existe ningún estudio previo en la Clínica y que éste padecimiento impacta en forma importante, aunado a que la investigación no representa ninguna erogación es de vital importancia realizar estudios para conocer cuales son los factores de riesgo y la frecuencia de depresión en los pacientes geriátricos.

## 6. METODOLOGÍA.

**TIPO DE ESTUDIO.** Es un estudio Observacional, Descriptivo, Prospectivo, Transversal.

**POBLACIÓN.** Derechohabientes en edad geriátrica.

**Lugar.** Consultorio Num. 2 Turno Matutino

**Tiempo.** De Mayo a Agosto de 2011.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN.

#### Inclusión

- Pacientes geriátricos de 60 años en adelante
- Ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio
- Que acudan al consultorio Num. 2 a consulta

#### Exclusión

- Pacientes menores de 60 años
- Pacientes con tratamiento antidepressivo
- Personas que no acepten participar en el estudio
- Pacientes con retraso mental
- Pacientes con demencia
- Pacientes con déficit intelectual

### **Eliminación**

- Encuestas incompletas
- Pacientes con deterioro cognitivo
- Pacientes que manifiesten que no desean continuar en el estudio

### **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Muestra no probabilística de tipo secuencial captando todos los pacientes durante el periodo de estudio.

## 7. VARIABLES A ESTUDIAR.

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACION	NIVEL DE MEDICION
Edad	Tiempo que una persona, ha vivido desde que nació	60 años en adelante	Intervalar
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer	Hombre – Mujer	Nominal
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Maestría Doctorado	Ordinal
Ocupación	Trabajo empleo u oficio al que se dedica una persona generalmente a cambio de dinero	Hogar Maestro/a Médico Enfermera/o Empleada/o Jubilada/o Técnica/o Obrera/o Secretaria/o Etc.	Nominal
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación con otra con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a</li> <li>• Casado/a</li> <li>• Divorciado/a</li> <li>• Viudo/a</li> <li>• Unión libre</li> </ul>	Nominal
Depresión	Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos que persiste habitualmente por tiempo prolongado (por lo menos dos semanas).	Depresión Leve  Depresión Moderada  Depresión Grave	Ordinal
Pluripatología	Estado en el que coexisten 2 o más enfermedades crónicas sintomáticas que condicionan una especial fragilidad crónica	Diabetes Mellitus T-2 Hipertensión Arterial Osteoartritis Artritis Reumatoide Disfunción Eréctil etc.	Nominal
Polifarmacia	Prescripción de gran número de medicamentos.	Antihipertensivos Hipoglucemiantes Aines Inhibidores de fosfodiesterasa 5 etc	Nominal

## 8. PROCEDIMIENTOS PARA RECABAR LA INFORMACIÓN.

Previa autorización del protocolo y firma del Director de la CMF "B" ISSSTE Cd. Lerdo, Dgo. y la aceptación del paciente se aplica la Escala de depresión de Yesavage durante la consulta, la cual es una escala de cribado que identifica presencia de depresión y grados de la misma, se utiliza la encuesta de datos sociodemográficos que incluye edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, polifarmacia, y pluripatología. La información se vació en Excel en una hoja de recolección de datos. La investigación es sin riesgo y solo se solicitó la autorización verbal por parte del paciente.



---

## 9. CONSIDERACIONES ETICAS.

La **Declaración de Helsinki** ha sido promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos. Por muchos es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos

El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

---

**REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE  
INVESTIGACION PARA LA SALUD**

**TITULO SEGUNDO**

**De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos**

**CAPITULO I**

Disposiciones Comunes

**ARTICULO 13.**-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección

**ARTICULO 17.**- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

## 10. RESULTADOS.

Se estudió un total de 100 pacientes en edad geriátrica que acudieron al consultorio Num. 2 del turno matutino durante el período de Mayo a Agosto de la Clínica de Medicina Familiar "B" ISSSTE de Cd. Lerdo, Dgo.

Del 100% de los pacientes que participaron en el estudio, el 61% no cubren los criterios para el diagnóstico de depresión, en cambio el 39% de ellos presentan diferentes grados, los cuales se clasifican como leve y severa (ver gráfica 1). Del 39% antes mencionado los pacientes que tienen mayor incidencia en el diagnóstico de depresión se encuentran en el rango entre 70 y 79 años de edad.

Dentro de este mismo porcentaje el sexo femenino predomina con un 64%. Sobre la ocupación se obtuvo que las amas de casa ocupan el mayor porcentaje en la investigación.

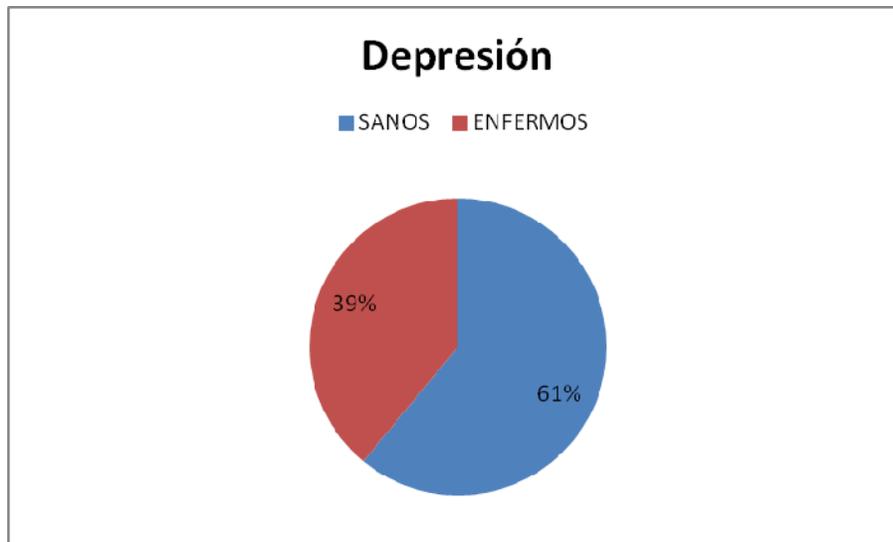
Respecto al estado civil se encontró que contrario a lo que podríamos suponer las personas casadas inciden mayormente en la depresión. Al preguntar sobre su escolaridad el 67% cursó hasta primaria, seguido por el 18% que no tienen ninguna formación académica. El 56% de los pacientes diagnosticados con depresión ingieren dos fármacos para el tratamiento de otro tipo de patologías, algunos de los cuales tienen como posible efecto secundario la depresión.

La depresión aparece en comorbilidad con otras patologías, en el estudio 23% de los pacientes con dicho diagnóstico padecen una enfermedad, el 44% dos y finalmente el 33% tres o más.

Por último de acuerdo con la clasificación de la depresión como leve y severa se encontraron el 67% y el 33% respectivamente.

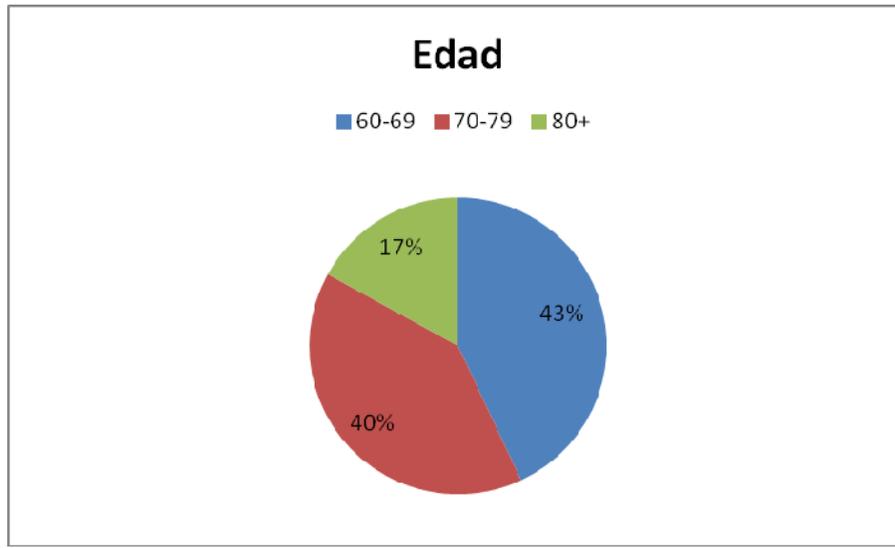
## TABLAS Y GRÁFICOS

### GRÁFICA 1. PACIENTES SANOS Y ENFERMOS

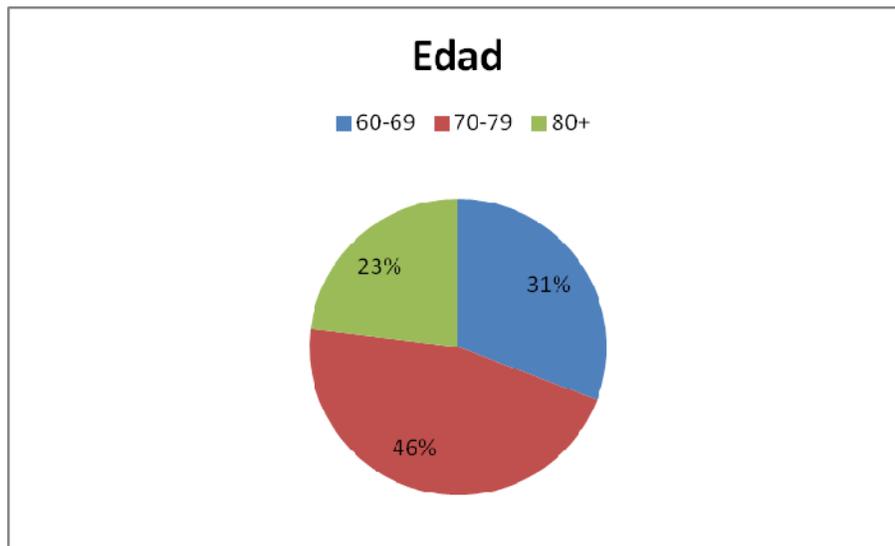


La gráfica 1 presenta los resultados obtenidos en la ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE abreviada 15 ítems, un total de 39% presentaron algún tipo de depresión.

## GRÁFICAS 2. EDAD

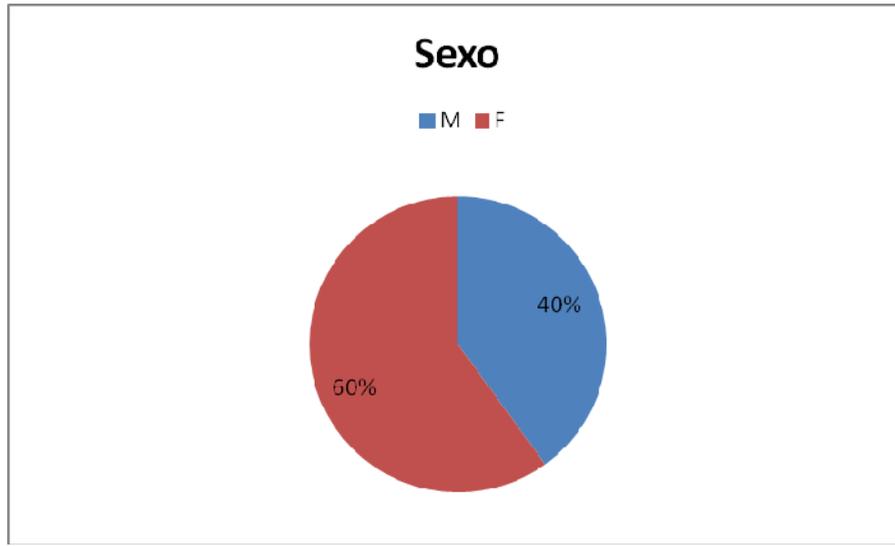


Gráfica 2.1 El 43% correspondió al grupo de edad de 60-69 años, 40% de 70-79 y 17% de 80 y más.



Gráfica 2.2 Del 39% de los pacientes que fueron diagnosticados con depresión el 46% se encuentra entre los 70 y 79 años de edad, siendo este el mayor rango que presenta este diagnóstico.

### GRÁFICAS 3. SEXO



Gráfica 3.1 En relación al sexo el 60% correspondió al femenino.

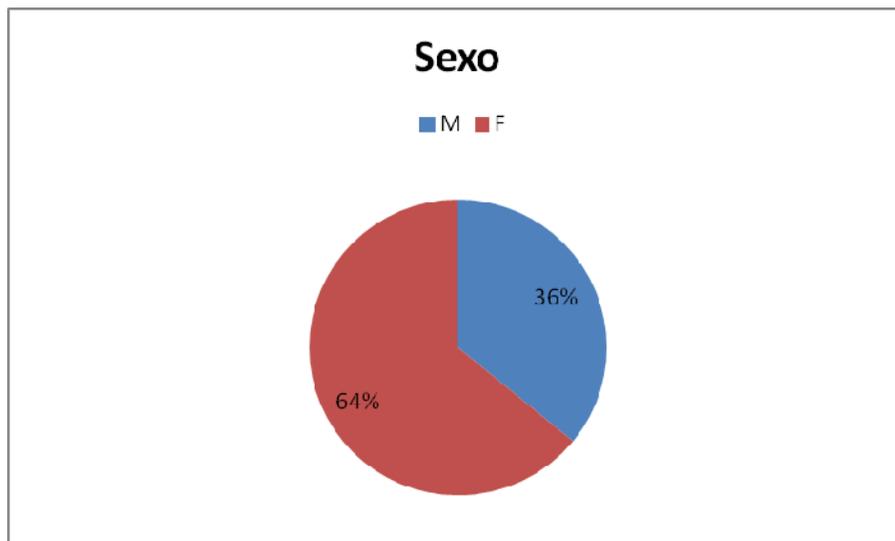
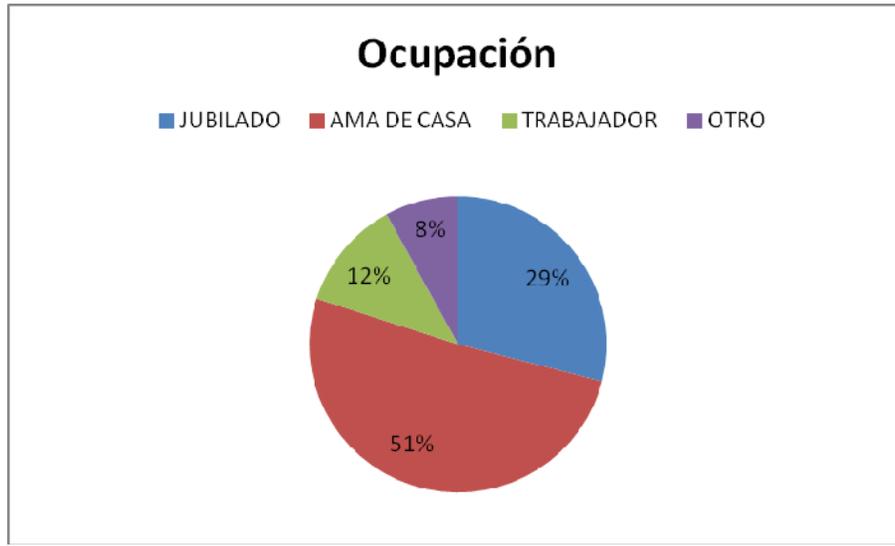
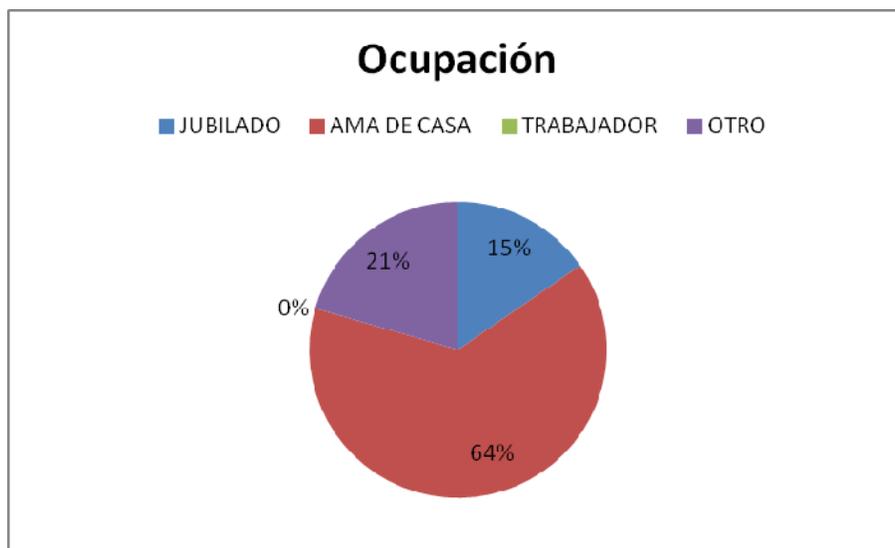


Gráfico 3.2 Del 39% que presenta el diagnóstico de depresión, el 64% corresponde al sexo femenino.

## GRÁFICAS 4. OCUPACIÓN

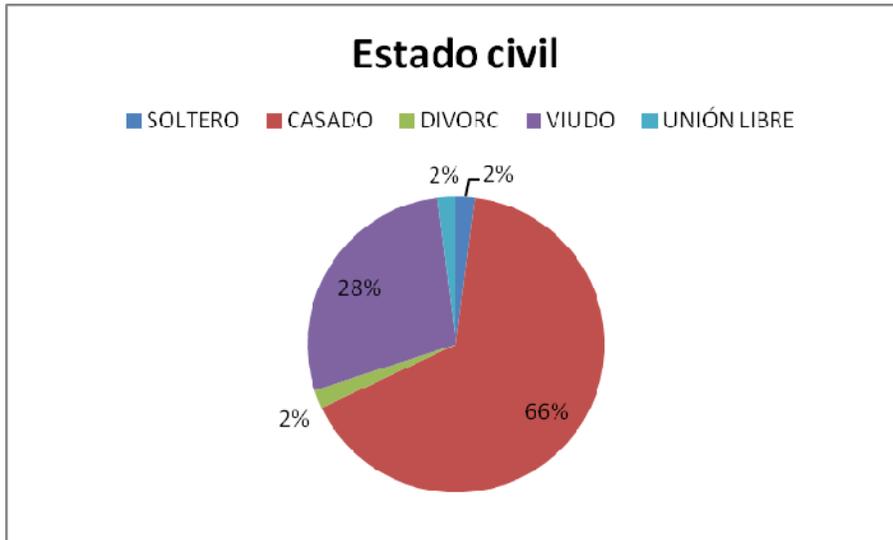


Gráfica 4.1 La ocupación predominante es la de ama de casa con un total de 51 %, seguida de jubilado 29%.

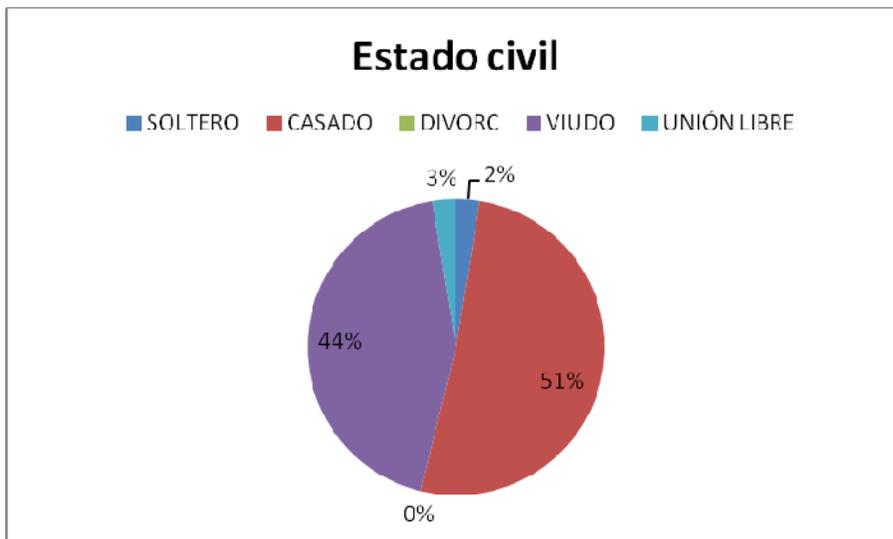


Gráfica 4.2 Entre las ocupaciones encontradas entre los pacientes con depresión el 64% corresponde a las amas de casa.

## GRÁFICAS 5. ESTADO CIVIL

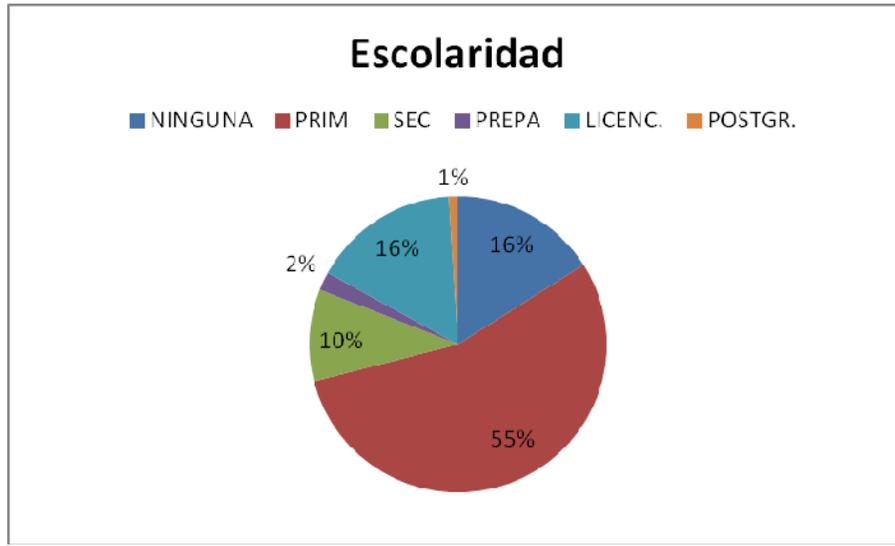


Gráfica 5.1 El estado civil más frecuente encontrado fue casado con un total de 66%, seguido de viudo 28%.

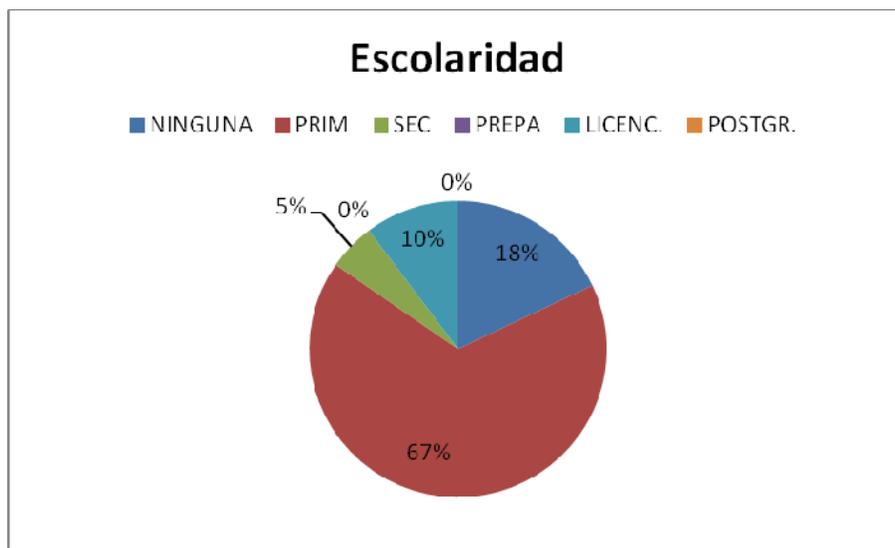


Gráfica 5.2 El 51% de los pacientes con depresión se encuentran casados.

## GRÁFICAS 6. ESCOLARIDAD

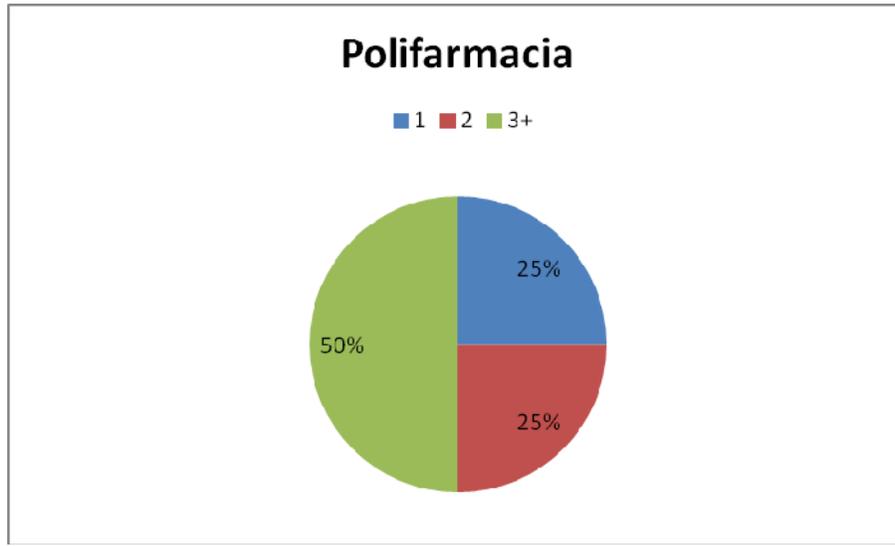


Gráfica 6.1 El principal nivel de escolaridad fue el de educación primaria con un total de 55%, ninguna y licenciatura 16%,

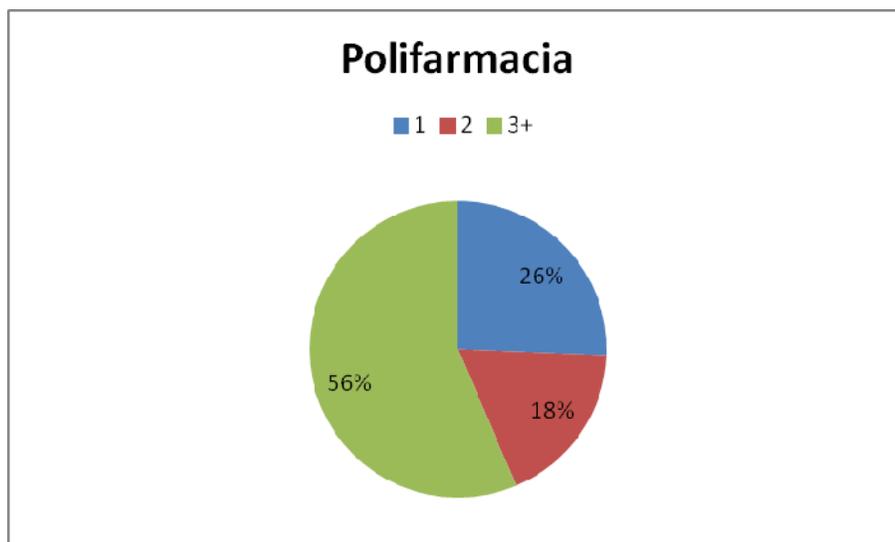


Gráfica 6.2 Del 39% de los pacientes con depresión, el 67% sólo cursó hasta la educación primaria.

## GRÁFICAS 7. POLIFARMACIA

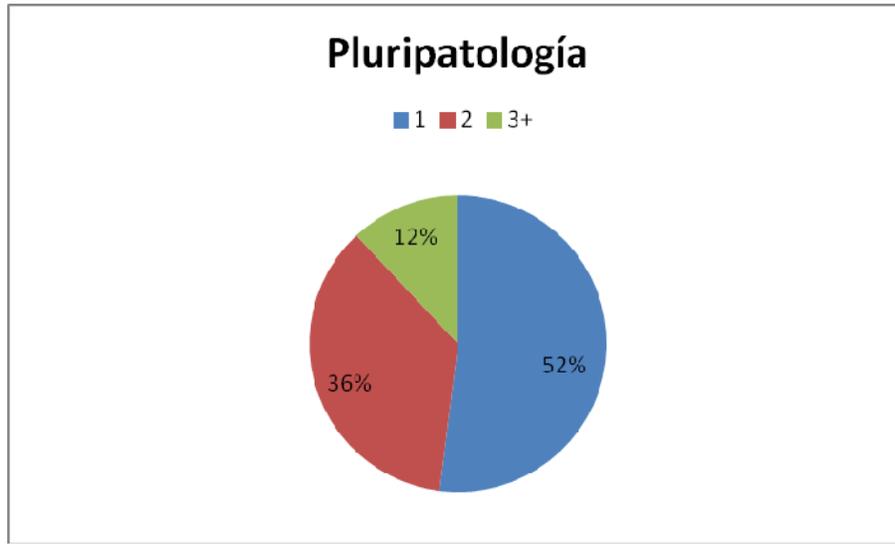


Gráficas 7.1 En relación a la ingesta de medicamentos se encontró que un 50% de pacientes ingiere más de 3 medicamentos.

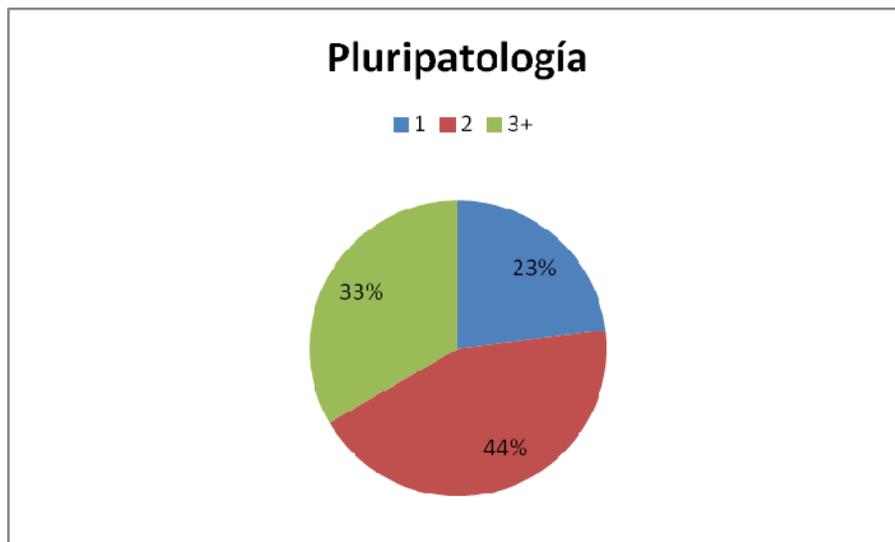


Gráfica 7.2 El 56% de los pacientes diagnosticados con depresión presentan un consumo de entre tres y más medicamentos.

## GRÁFICAS 8. PLURIPATOLOGÍA

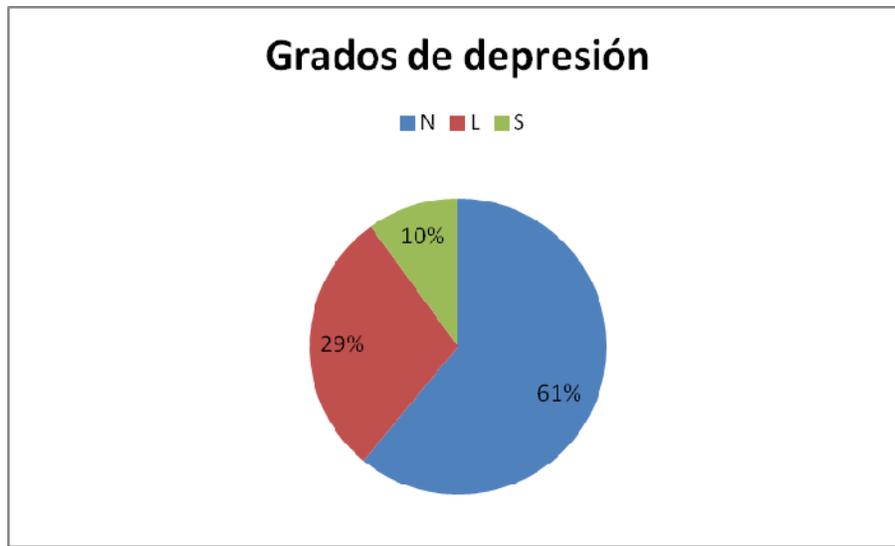


Gráfica 8.1 Se encontró que el 52% presenta pluripatología.



Gráfica 8.2 El 44% de los pacientes con depresión presentan dos patologías en comorbilidad.

## GRÁFICAS 9. GRADOS DE DEPRESIÓN

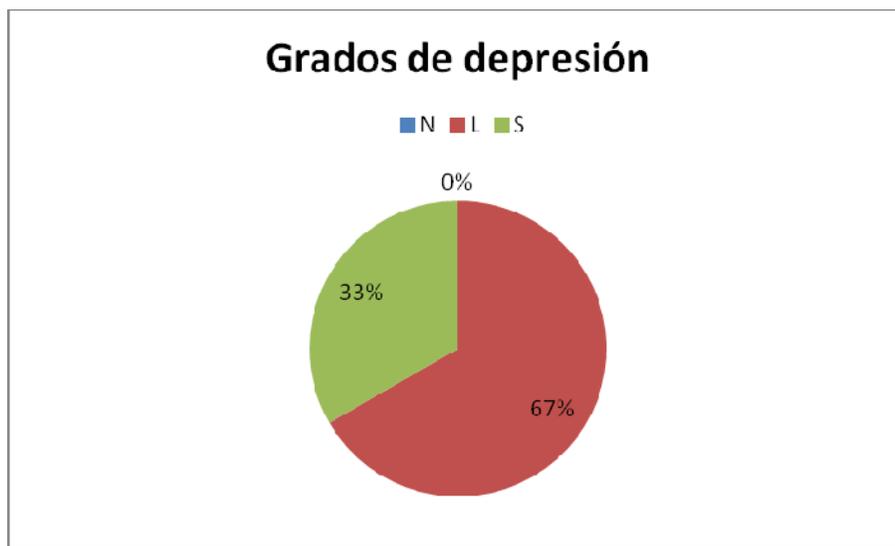


**N=NORMAL**

**L=DEPRESION LEVE**

**S=DEPRESION SEVERA**

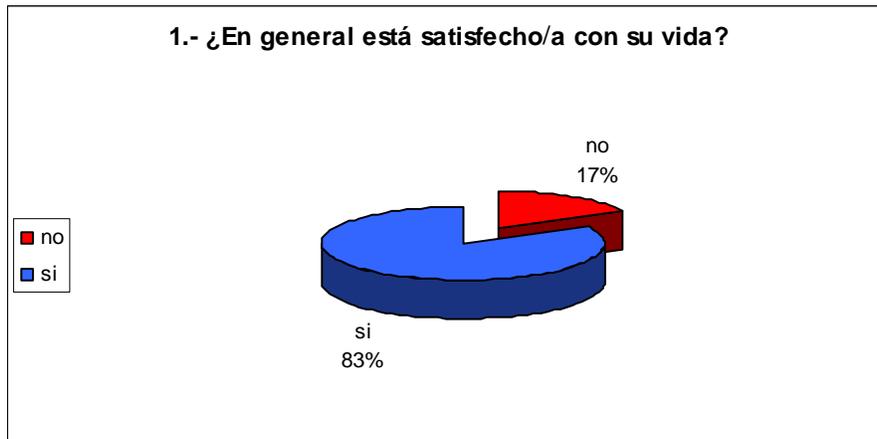
Gráfica 9.1 Entre los diferentes grados de depresión se encontró 29% de depresión leve y 10% severa.



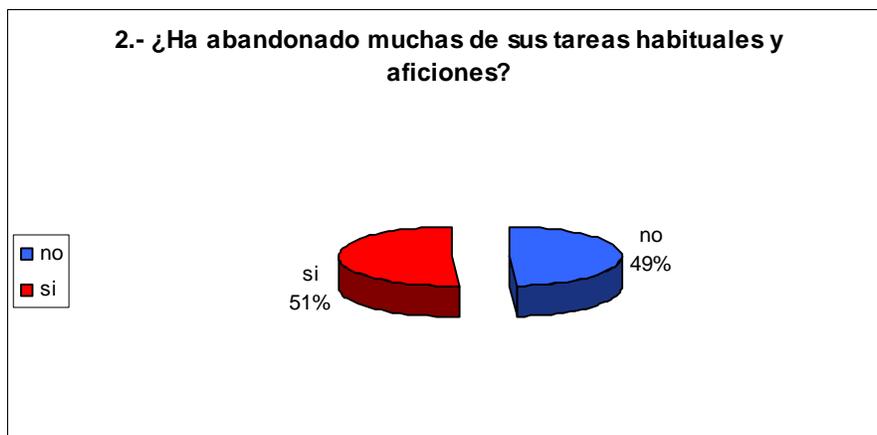
Gráfica 9.2 Del 39% de los pacientes con diagnóstico de depresión, el 67% corresponde a la clasificación leve y el 33% a severa.

.A continuación se presentan las gráficas de cada uno de los ítems de la escala aplicada.

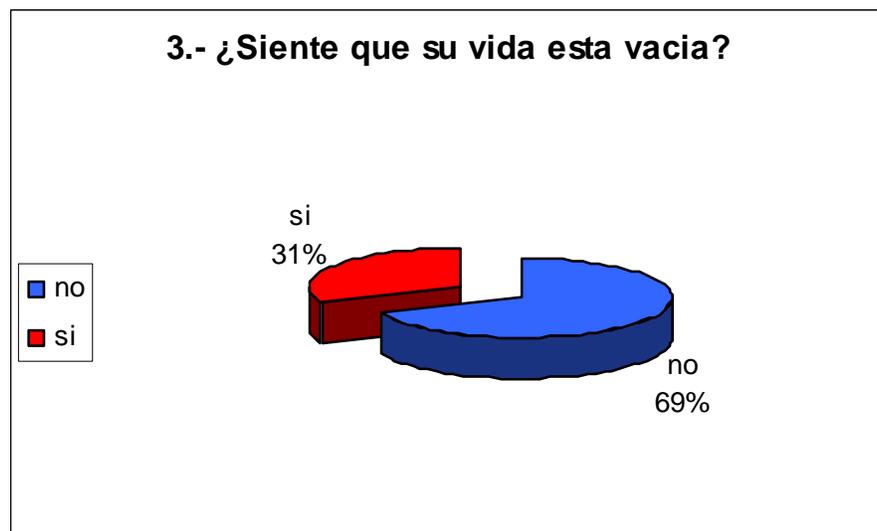
**GRÁFICA 10.**



**GRÁFICA 11.**



**GRÁFICA 12.**



**GRÁFICA 13.**



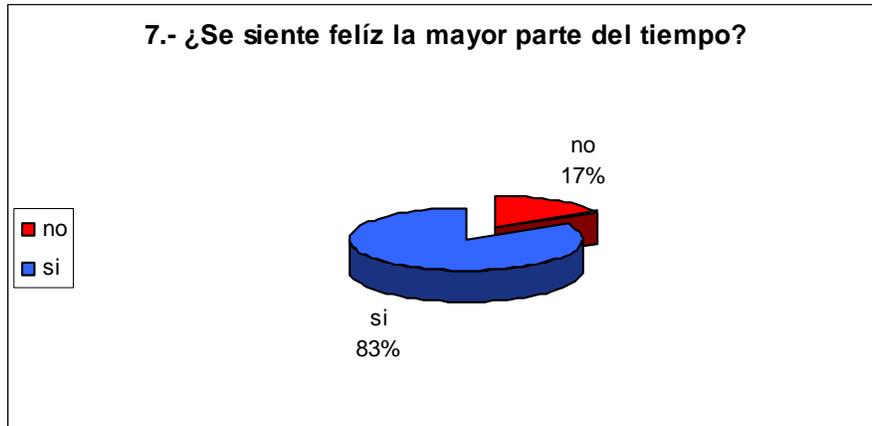
**GRÁFICA 14.**



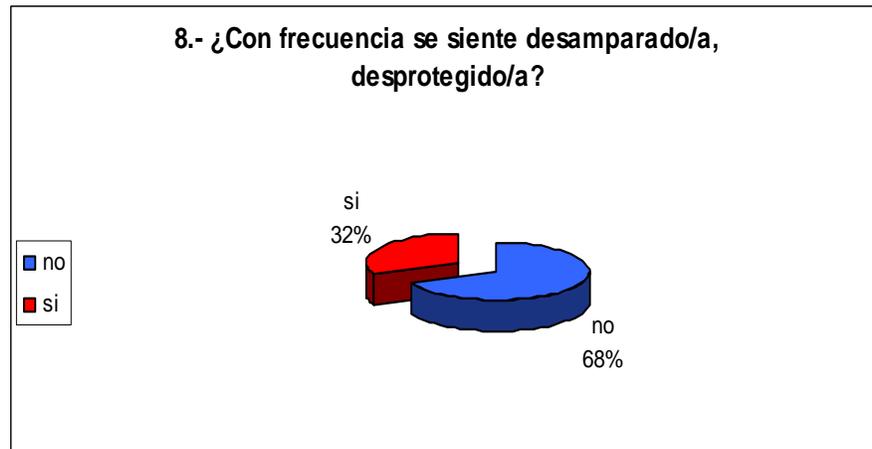
**GRÁFICA 15.**



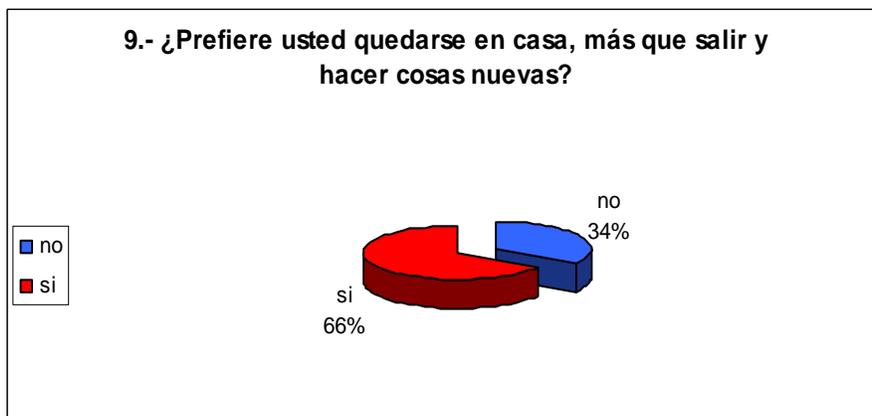
**GRÁFICA 16.**



**GRÁFICA 17.**



**GRÁFICA 18.**



**GRÁFICA 19.**



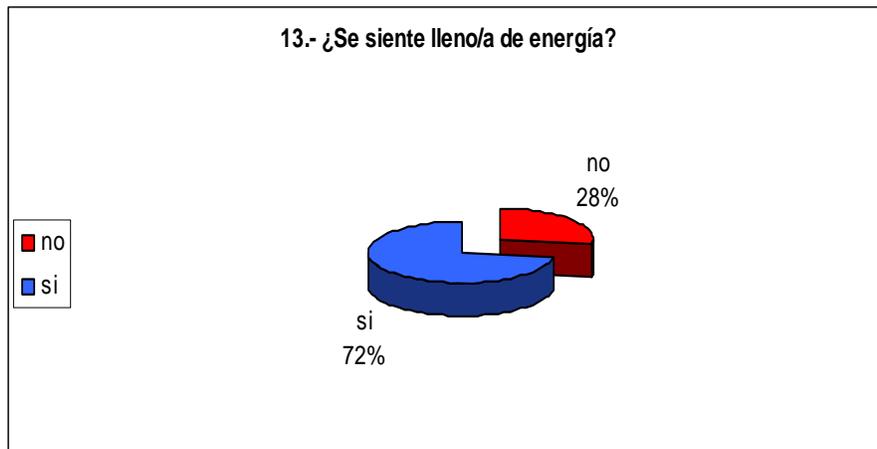
**GRÁFICA 20.**



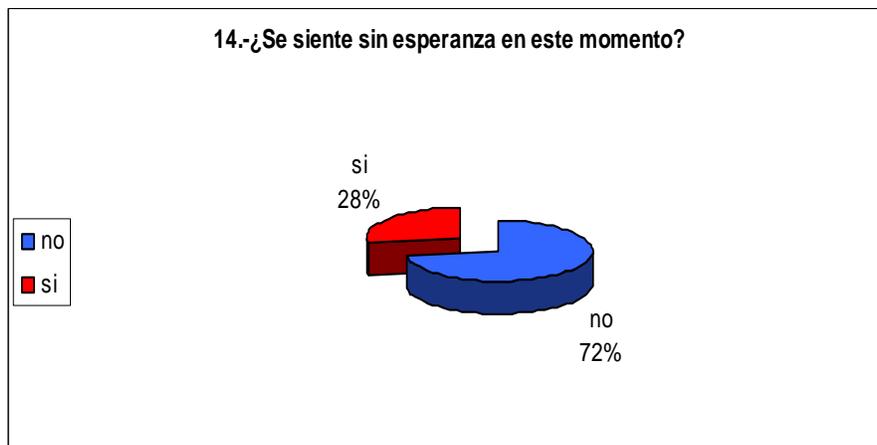
**GRÁFICA 21.**



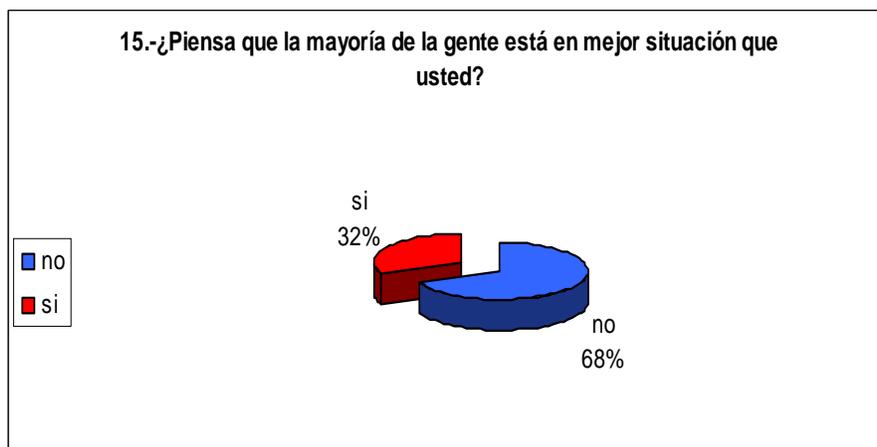
**GRÁFICA 22.**



**GRÁFICA 23.**



**GRÁFICA 24.**



Evaluación de ítems de acuerdo a la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

De los ítems de la escala de depresión geriátrica de Yesavage los cuatro más desfavorables fueron:

En primer lugar, preferencia por quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas 66% gráfica 18, en el segundo, temor de que algo malo le pueda ocurrir 54% gráfica 15, tercero, abandono de tareas habituales y aficiones 51% gráfica 11, y cuarto, sensación de aburrimiento frecuentemente 36% gráfica 13. Entre los ítems con resultados favorables a la población de estudio principalmente se encontraron personas que piensan que es estupendo estar vivo 90% gráfica 20, personas satisfechas con su vida 83% gráfica 10, felices la mayor parte del tiempo en igual número 83% gráfica 16, y personas que se encuentran de buen humor la mayor parte del tiempo 79% gráfica 14.

## **11. DISCUSIÓN.**

La Depresión es una enfermedad que afecta tanto al paciente como a las personas que están a su alrededor se conoce que es una entidad incapacitante acompañada de mucho dolor.

Me atrevo a pensar que todos en nuestras familias tenemos al lado a un paciente deprimido.

Por tal motivo la investigación se centró en determinar cuales son los factores de riesgo y grados de depresión en pacientes geriátricos.

En el desarrollo de la depresión intervienen un gran número de factores de riesgo los cuales se mencionarán uno a uno de la forma en que influyeron en el grupo de pacientes estudiados.

Para la realización de éste estudio se utilizó la Escala geriátrica de Yesavage abreviada, la cual determina grados de depresión leve y severa.

Dicha escala puede ser autoaplicada por el paciente o bien aplicada por parte del encuestador, siendo ésta última la opción utilizada por cuestión de tiempo, ya que se realizó durante la consulta y por el hecho de haber encontrado un grupo de personas analfabetas, que correspondió a un 16% de la población en estudio.

De las 100 personas entrevistadas se encontró que un 29% de pacientes tienen depresión leve y un 10% depresión severa, esto merece una reflexión especial de la necesidad apremiante de buscar en forma acuciosa el padecimiento en cada paciente atendido, pues de acuerdo a la literatura consultada de Aguilar, Ávila, González, Juvier, Urbina y cols<sup>18,17,51</sup> hay una tendencia al suicidio muy importante, lo cual puede y debe ser evitado dado que la depresión se puede revertir, con un manejo adecuado.

Los pacientes diagnosticados durante la realización de éste estudio con depresión fueron canalizados al Servicio de Psicología de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE de Cd. Lerdo, Dgo. Además los pacientes con depresión severa se enviaron al departamento de Psiquiatría de la C.H. ISSSTE de Gómez Palacio, Dgo.

De acuerdo a investigaciones realizadas se sabe que en México solo se cuenta con aproximadamente 2,500 Psiquiatras, la mayoría de ellos concentrados en las grandes ciudades, número de médicos insuficiente para atender la demanda de pacientes.

En la actualidad debido al incremento tan importante de la población geriátrica en el mundo, el médico de primer contacto debe estar capacitado para atender las necesidades de este sector de la población, contar con las herramientas y estrategias que lo habiliten para desempeñar dicha función.

También es importante considerar que el porcentaje de pacientes con depresión encontrados en este estudio que corresponde al 39% es similar a otros que se han realizado como el de Castro y cols.<sup>12</sup> donde se encontró un, 41.7%.

Respecto al total de entrevistados el grupo etáreo que predominó fue el comprendido entre 60 a 69 años, con un 43 % seguido por el de 70 a 79 con una diferencia mínima hecho que es ampliamente avalado por varios estudios ya que todos coinciden en que a mayor edad mayor riesgo de depresión.<sup>27</sup>

Específicamente dentro del grupo del 39% de pacientes con depresión se encontró que los pacientes de 70 a 79 años fueron los que presentaron depresión severa en mayor proporción seguidos de los de 60 a 69 años, hecho que confirma que la edad si es un factor de riesgo para depresión, se considera que ésta etapa de la vida es terreno fértil para desarrollar cierto tipo de patologías psiquiátricas y que el llegar a la tercera edad es un período de vida que lleva implícito un sinnúmero de pérdidas tales como: pérdida de la imagen corporal, del cónyuge, amigos, familiares, trabajo, etc., hechos que por sí mismos condicionan mayor labilidad emocional en el individuo.

En relación al sexo se confirma que el femenino es el que predomina<sup>1,7,18,35</sup> ya que se encontró en el grupo de los pacientes con depresión que el 64% corresponde a mujeres, éste hecho coincide con lo expuesto por Urbina y cols.<sup>42</sup>, también mencionan otros autores que la presentación se establece en una relación 2:1<sup>7</sup>

En cuanto a la actividad laboral se detectó que existe un importante riesgo de desarrollar depresión en las personas que realizan una actividad no remunerada, como son las actividades del hogar, en éste estudio la mayor parte de pacientes son amas de casa que corresponde al 64%, seguida por los jubilados 20%.

Sobre el estado civil se encontró que contrariamente a lo que se podría pensar, las personas casadas son las que principalmente presentan depresión, fueron el 66% de los pacientes y en segundo lugar los viudos con un 28% en relación a la población general sometida al estudio. Y en lo particular en los pacientes con depresión el 51% y 43% respectivamente.

Así mismo es de importancia relevante mencionar que la escolaridad es un factor determinante, a niveles altos de educación disminuye la prevalencia de la enfermedad esto concuerda con las Guías Clínicas Minsal <sup>11</sup>

En cuanto a la polifarmacia fue notoria en los pacientes la ingesta de más de tres medicamentos, entre ellos algunos antihipertensivos. De los cuales se sabe que uno de los efectos secundarios que se pueden presentar durante su consumo es la depresión.

Del mismo modo en sujetos con pluripatología se conoce que la depresión actúa como factor comórbido para desarrollar otras enfermedades y que la interacción de la depresión con otras entidades patológicas tiene inclusive valor pronóstico. <sup>32, 36, 37</sup>

De los 100 pacientes entrevistados todos contestaron en forma positiva al menos uno de los ítems indicativos de depresión.

Es importante señalar las limitaciones del diseño del estudio, creo que hubiera valido la pena tomar en cuenta otras variables a estudiar como la calidad de vida de los pacientes con el diagnóstico, las relaciones interpersonales específicamente con el grupo primario de apoyo entre otras; el tamaño de la muestra es poco significativo en relación a la población total en edad geriátrica que asiste a la clínica, sin embargo esto nos abre líneas de investigación, ya que es importante diagnosticar en forma oportuna este tipo de patología en el paciente geriátrico debido a que en un porcentaje significativo dicha enfermedad cursa en forma subclínica y está condicionada por múltiples

factores que en éste estudio no se presentaron porque no era el objetivo principal de la investigación.

## **12. CONCLUSIONES.**

La frecuencia de depresión en pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar "B" ISSSTE de Cd. Lerdo, Dgo. Fue de 39%.

En este estudio se encontró que de los pacientes encuestados un porcentaje considerable presentaron depresión en diferentes grados, leve y severa también se identificaron los factores de riesgo que intervienen para el desarrollo de esta patología, en este grupo específico sobresalen: edad, sexo, ocupación, escolaridad, pluripatología y polifarmacia.

En relación a las características sociodemográficas se encontró que del 39% que está afectado por esta enfermedad, el 46% tiene entre 70 y 79 años de edad, el 31% 60 a 69 y el 23% 80 en adelante. Respecto al sexo el 64% de los participantes pertenece al sexo femenino. La clasificación que se utilizó para determinar la ocupación fue jubilado con un 15%, ama de casa con un 64%, trabajador con un 0% y otro con un 21%.

En cuanto al estado civil de los pacientes se obtuvieron los siguientes resultados el 2% corresponde a solteros, 51% casados, el 0% a divorciados, 44% viudos, y el 3% vive en unión libre. Finalmente se tomó en cuenta la escolaridad encontrando que el 5% cursó hasta secundaria, seguido por el 10% que obtuvo la licenciatura, el 18% no tiene algún grado de escolaridad y el 64% cursó hasta primaria.

El grupo de edad mayormente afectado por este diagnóstico comprende de los 70 a 79 años de edad.

Se identificó que las personas que se dedican al hogar, entiéndase amas de casa son las pacientes que tienden más a la depresión, en la presente investigación fueron el 64%.

Las personas casadas contrario a lo que muchos suponen fueron el grupo predominante para dicho diagnóstico.

Con la realización de este estudio además de detectar a pacientes con depresión se dio la oportunidad de enviarlos a atención Psicológica y/o Psiquiátrica para valoración y tratamiento debido a que sin éste, las consecuencias pueden ser graves y pueden derivar en una discapacidad psicosocial e incluso la muerte.

Otro objetivo importante al atender en forma acertada esta patología es disminuir la sobrecarga emocional y económica de los cuidadores de estos pacientes.

Considero que es importante difundir en la Clínica los resultados así como el instrumento de evaluación utilizado, pugnar para que se implante el uso del mismo en todos los consultorios para de ésta manera detectar en forma oportuna la depresión en nuestros pacientes geriátricos los cuales de por sí tienden a disminuir su resistencia individual y a ser más vulnerables con la edad.

Abocarnos a este problema de detección oportuna en los adultos mayores va a incidir específicamente en disminuir el desarrollo de este padecimiento y por ende reducir la discapacidad psicosocial y la morbimortalidad, así como lograr un decremento en los costos de atención, y lo más importante disminuir el índice de suicidios que con mucho es uno de los aspectos más relevantes.

Actividades específicas tales como terapia ocupacional, juegos de dominó, manualidades, armar rompecabezas, jugar con memorama, actividades físicas

como tai chi y yoga, así como involucrar a la familia a participar en el acompañamiento de pacientes depresivos en los grupos de autoayuda y finalmente fomentar que los médicos eviten la prescripción de medicamentos cuyos efectos secundarios sean síntomas de depresión en la medida de lo posible.

Esto lo podemos lograr adquiriendo conocimientos y habilidades en el desarrollo de estrategias para manejar el proceso de la enfermedad; existen programas de psicoeducación enfocados a pacientes, familiares, usuarios, personal de salud y en general para toda la población, donde el objetivo principal es educar a todos los involucrados directa e indirectamente con el paciente para eliminar prejuicios y el estigma del padecimiento, así como prevenir la disfuncionalidad familiar.

El pronóstico de la depresión, a largo plazo es bueno cuando llevamos a cabo el manejo en forma integral sobre todo cuando el paciente cuenta con apoyo social, cuando vive en comunidad con familiares, y cuando no existe otra condición médica incapacitante asociada a la depresión.

### 13. ANEXOS.

#### ANEXO 1

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española):

GDS-VE

1.	¿En general, está satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	SI	NO
5.	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6.	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Con frecuencia se siente desamparado(a)?	SI	NO
9.	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11.	¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12.	¿Actualmente se siente un(a) inútil)?	SI	NO
13.	¿Se siente lleno(a) de energía?	SI	NO
14.	¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15.	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO

#### PUNTUACIÓN TOTAL

Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.

0-5: Normal	6-9: Depresión Leve	>10: Depresión establecida
-------------	---------------------	----------------------------

Fuente: <http://www.monografias.com/trabajos59/estudio-depresion/estudio-depresion3.shtml>

## ANEXO 2

### Consentimiento informado



Folio:

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "B".

Cd. Lerdo, Dgo. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2011

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente autorizo participar en el proyecto de investigación:  
y me sean aplicadas las encuestas para efectos del estudio.

Reconozco que recibí información amplia y precisa sobre el objetivo del estudio, estando en el entendido que la información obtenida será utilizada únicamente con fines estadísticos y de investigación.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planté acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial; también se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad, sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión para hacerlo, con el derecho de que en cualquier momento puedo decidir salir del estudio.

Nombre y Firma del Paciente

**Dra. Rosa Ma. Ramírez Luévanos**  
Investigador

**ANEXO 3**

**ENCUESTA DE DATOS DE IDENTIFICACION**

FOLIO No. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**TITULO:**

**FRECUENCIA DE DEPRESION DE PACIENTE GERIATRICOS DE LA CLINICA DE  
MEDICINAFAMILIAR EN CD. LERDO, DGO.**

DATOS GENERALES:

NUMERO DE CONSULTORIO: 2

TURNO: MATUTINO

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

EDAD: SEXO M ( ) F ( )

OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTERO (1), CASADO (2), DIVORCIADO (3), VIUDO (4),  
UNION LIBRE (5)

ESCOLARIDAD :

NINGUNA (1), PRIMARIA (2), SECUNDARIA (3), PREPARATORIA (4),  
PROFESIONAL (5), POSTGRADO (6)

MEDICAMENTOS QUE TOMA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿PADECE USTED ALGUNA OTRA ENFERMEDAD? (1) SI (2) NO

MENCIONELAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 14. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones. Programa específico de depresión 2001-1006. Disponible en URL:  
[http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/depresion.pdf](http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf)
- 2.- Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones. Programa específico de depresión 2001-1006. Disponible en URL:  
<http://sersame.salud.gob.mx/depresion.htm>
- 3.- Vargas, Heinze, García, y cols. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. Disponible en URL:  
[www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-5/RFM47503.pdf](http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-5/RFM47503.pdf)
- 4.- Antonini. DEPRESION. Disponible en URL:  
<http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>
- 5.- Dulanto GE, Saldarriaga MC. La familia. Depresión y familia, Edit. ETM, 2004. p477-478
- 6.- Servicios de Salud mental. Conceptos generales de la depresión. Disponible en URL: [http://sersame.salud.gob.mx/depresion\\_cap2.htm](http://sersame.salud.gob.mx/depresion_cap2.htm)
7. - Rupert RG, Scott AF, William LT. Depresión. Medicina de Familia. 5ª Ed. Editorial Springer-Verlag Ibérica.1998. p300-301.
- 8.- Lazcano GB. Evaluación geriátrica multidimensional. Práctica de la geriatría, 2ª Ed. Mc Graw Hill, 2007, México. P.98-99.
- 9.-Nance. Depresión en el adulto mayor. Instituto de geriatría. Disponible en URL: <http://www.geriatría.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
- 10.- Sudupe, Taboada, Castro y cols. Servicios en Psiquiatría Complejo Hospitalario "Juan Canalejo". Coruña –España. Depresión. Guías Clínicas; 6 (11). Disponible en URL:  
<http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- 11.- Tratamiento de personas con Depresión. Ministerio de salud guía clínica, Serie guías clínicas Minsal N° XX 1ª edición, Santiago Minsal, 2006. Disponible en URL: [www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf)
- 12.-Castro, Ramírez, Aguilar Morales y cols. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006; 39(4),Oct.- Dic.:132-137.

- 13.- Morales, Rodríguez, Ortega y cols. Hacia la prevención de la depresión. A partir del estudio de los factores asociados a la presencia del síntoma depresivo. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Vol.11, Num.2, Mayo- Agosto, 2006, p45-54
- 14.- Ávila, Garant y Sara Aguilar Navarro. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(5):321-30.
- 15.- Arrieta, Almudena. Efectividad de las Pruebas Psicométricas en el Diagnóstico y seguimiento de Deterioro, Depresión y Ansiedad en las Personas Mayores. Cínica y Salud Vol. 20, N°1, 2009; Pags 5-18.
- 16.- Martínez Piñón, Pastrana Huanaco, Rodríguez y cols. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. Rev. Méd. Chile, vol 137, No.12 , Dic. 2009.
- 17.- González, Riesgo. Validación de la Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales (EPD-3PO), en la detección de depresión en pacientes ancianos. Psicología.com. 2010; 14:3. Disponible en URL:  
<http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1093/1036/>
- 18.- Aguilar, Avila. La depresión, particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx Vol, 143 No. 2, 2007
- 19.- Álvarez, González, Ferrer. Depresión en el Adulto Guías clínicas 2008. Disponible en URL: <http://www.fisterra.com/guias2/depression.asp>
- 20.-Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,Disponible en URL:[http://es.wikipedia.org/wiki/Manual\\_diagn%C3%B3stico\\_y\\_estad%C3%ADstico\\_de\\_los\\_trastornos\\_mentales](http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales)
- 21.- Guadarrama, Escobar, Zhang. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Disponible en URL: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
- 22- Gómez. La depresión en el anciano Clínica y Tratamiento. Vol.29, Num 9, Octubre 2007.
- 23- Scholten. Factores de Riesgo para Depresión. Copyright © 2010 EBSCO Publishing. Disponible en URL:  
<http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c905f6c8-fb81-4c5f-9ac5-57abe8fde16b&chunkid=122936>

- 24.- Carrasco, Agüera. Caballero y cols. Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano. Actas Esp Psiquiatr 2011;39(1):20-31. Disponible en URL:  
<http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/69/ESP/13-69-ESP-20-31-645385.pdf>
- 25.- Álvarez Canals. Depresión, fenómeno oculto y latente. Análisis de la depresión en el anciano. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2010, 7(3).
- 26.- Pérez, Arcia. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev cuba med gen integr; 24(3), jul-sept 2008.
- 27.- García, Guridi, Medina y cols. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor *Psicología Científica.com*. Disponible en URL:  
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-301-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.pdf>
- 28.- Programa de acción específico 2007-2012. Envejecimiento. Disponible en URL: <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/envejecimiento.pdf>
- 29.- Depresión. Disponible en URL:  
<http://www.tecnociencia.es/especiales/depresion/epidemiologia.htm>
- 30.- Qué es la depresión. Disponible en URL: <http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/que-es-depresion>
- 31.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Disponible en URL:  
[http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf)
- 32.- Alfaro-Alvarado ,Rocha- Manilla ,Pozos. 2º Intraforo de Salud de la Universidad Veracruzana. Disponible en URL:  
[http://www.uv.mx/intraforo/foro/Memorias%202008%20\(libro\)/intraforo%202008%20EDITADO%20.pdf](http://www.uv.mx/intraforo/foro/Memorias%202008%20(libro)/intraforo%202008%20EDITADO%20.pdf)
- 33.- Depresión, Disponible en URL:  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n>
- 34.-Fernández, Vila, Montero. Cad Aten Primaria 1997;4: 75-78. Disponible en URL:  
[http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.asp)
- 35.- Ayuso, La depresión en la tercera edad, AVANCES EN PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA VOL. 9 2008,p76-104, Disponible en URL:  
[http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol9/4\\_la\\_deprecion\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol9/4_la_deprecion_en_la_tercera_edad.pdf)

36.- Trujillo, Román, Almoguera y cols. Una visión psicosocial de la enfermedad coronaria. Edi. Arteanima, S.L. p59-66, Disponible en URL: [http://www.ibermutuamur.es/IMG/pdf/manual\\_psicosocial\\_enfermedad\\_coronaria-2.pdf](http://www.ibermutuamur.es/IMG/pdf/manual_psicosocial_enfermedad_coronaria-2.pdf)

37.- Espinoza, Enfermedades crónicas y depresión, Disponible en URL: [www.ameps.org.mx/art\\_enfermedades\\_cronicas\\_y\\_depresion.htm](http://www.ameps.org.mx/art_enfermedades_cronicas_y_depresion.htm)

38.- Haquin, Larraguibel, Cabezas, Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama, Rev Chil Pediatr 75 (5); 425-433, 2004, Disponible en URL: [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500003&scrip](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500003&scrip)

39.- Larraguibel, González, Martínez y Cols. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil.pediatr. v.71 n.3 Santiago mayo 2000

Disponible en URL: [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002...](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002...)

40.- Tuesca, Borda, Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Gac Sanit 2003;17(4):302-8, Disponible en URL: [www.scielosp.org/pdf/gs/v17n4/breve1.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/gs/v17n4/breve1.pdf)

41.- Zavala, Posada, Cantú. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 12 Núm. 4 Octubre - Diciembre 2010, Disponible en URL: [www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf104c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf104c.pdf)

42.- Ávila, Melano, Payette y Cols. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores., Mex, 2007;49:367-375, Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sal075g.pdf>

43.- Rojas, Fritsch, Solís. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto

Rev Méd Chile 2006; 134: 713-720. Disponible en URL: [http://scholar.google.com.mx/scholar?q=posparto+y+depresi%C3%B3n&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart](http://scholar.google.com.mx/scholar?q=posparto+y+depresi%C3%B3n&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)

44.- Depresión. Disponible en URL: <http://depresin.blogspot.com/>

45.-García, Portilla, Bascarán, Sáiz, y cols. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. cap.5. 5ª Edición, Ars Médica, p77

46.- Martínez de la Iglesia, Vilches, Dueñas y cols. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. Published in Aten Primaria 2005;35(1):14-21.

47.- Cabañero, García, Martínez y cols. Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *Int J Clin Health Psychol* 2007. Vol. 7, N° 3, pp. 823-846.

48.- Síntomas de Depresión. Disponible en URL:  
[http://www.ayudaparadepresion.org.mx/2009/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46:sintomas-de-depresion&catid=3:mas-informacion&Itemid](http://www.ayudaparadepresion.org.mx/2009/index.php?option=com_content&view=article&id=46:sintomas-de-depresion&catid=3:mas-informacion&Itemid)

49.- Brühl. ¿Qué capacidad tienen los enfermeros y los auxiliares de enfermería para reconocer y tratar la depresión en las personas mayores? *Informaciones Psiquiátricas - Primer y segundo trimestres 2009. P195-196*

50.- Espinosa, Caraveo, Zamora y cols. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Ment* 2007;30(6):69-80

51.- Urbina, Flores, García, y cols. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* 2007;21(1):37-42

52.- Manrique. Conociendo la depresión. Disponible en URL:  
<http://www.acosomoral.org/psi17.htm>

53.- La conducta suicida y su prevención. Disponible en URL.  
<http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta3.shtml>