



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7
MONCLOVA COAHUILA**

PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9,

DE FRONTERA COAHUILA.

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

PRESENTA:

DRA. IRMA SOTELO ALONSO.



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.

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 DE
FRONTERA COAHUILA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. IRMA SOTELO ALONSO.

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 DE
FRONTERA, COAHUILA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. IRMA SOTELO ALONSO

AUTORIZACIONES

DR. JOSÉ EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES
HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.

DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ASESORES:
Dr. JOSE EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
ASESOR METODOLOGICO

DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
ASESOR DE TEMA

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 DE
FRONTERA, COAHUILA.**

INDICE

Pagina	
Marco teórico -----	1
Planteamiento del problema -----	12
Justificación -----	14
Objetivos -----	15
Metodología -----	16
Presentación de Resultados -----	20
Tablas y Graficas -----	22
Análisis de Resultados -----	27
Conclusiones -----	29
Bibliografía -----	31
Anexos -----	36

RESUMEN

Introducción

La depresión es un trastorno de afecto, pudiéndose presentar como parte de diferentes entidades clínicas específicas, o como depresión secundaria; por otra parte el envejecimiento puede afectar en forma variable la cognición, la memoria, inteligencia, personalidad y conducta. Los ancianos por sus características biológicas y psicológicas, son un grupo más vulnerable a este trastorno.

Objetivo

Conocer la prevalencia de Depresión en los adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS número 9 de Frontera, Coahuila.

Metodología

Se realizó un estudio Transversal, observacional, y analítico de prevalencia, sobre una población de 150 adultos mayores que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, en UMF número 9 de Frontera, Coahuila. En el año 2008.

Resultados

Se encontró una prevalencia de depresión de 46.20%, 37.93% con depresión leve y 8.27% muy deprimidos.

Conclusiones. La prevalencia encontrada en este estudio es alta pues otros estudios en México reportan n 36%.

ABSTRACT

Introduction

Depression is a disorder of affection, being able to present as part of different specific clinical entities, or as secondary depression, and secondly aging may variably affect cognition, memory, intelligence, personality and behavior. Elders for their biological and psychological, are most vulnerable to this disorder. target

Objective.

To determine the prevalence of depression in older adults in the Family Medicine Unit No. 9 IMSS Frontera, Coahuila.

Methodology

We performed a cross-sectional study, observational, and analytical prevalence on a population of 150 seniors who attended the outpatient family medicine at UMF number 9 Frontera, Coahuila. In 2008. Results.

Results

The prevalence of depression of 46.20%, 37.93 to 8.27% mild depression and very depressed.

Conclusions

The prevalence found in this study is high because other studies in Mexico report n 36%.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, predominando en el sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, y lo mas grave agitación e ideas de suicidio.

Actualmente la depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen.

GENERALIDADES.

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, por sus siglas en inglés), se define depresión aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constantemente, y que estos síntomas se presenten durante la mayor parte del día, casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores. En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta en 40%; en México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que éste es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de un 15%.

La prevalencia de la depresión ha ido en incremento con el paso de los años. Como lo señala Wagner et al. En el año de 1998, declarando una incidencia de depresión en adultos mayores de 24%-49%, así como una asociación entre

depresión, uso de múltiples medicamentos y otras condiciones médicas. Pando Moreno et al., en el 2001 menciona una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres y 27% en hombres.⁴ Tapia Mejía et al., en el 2000 vieron que los niveles de depresión en adultos mayores con una discapacidad física que resulta en un nivel mayor de dependencia son de 32.5% para una depresión leve, 44.5% para una depresión media y 2.5% para una depresión severa. Bello et al. (2005) han observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres.¹² Por su parte, Márquez Cardoso et al., en el 2005 apunta una frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores mucho más alta (pero no la específica) y supone que este resultado está vinculado, probablemente, con los múltiples factores de riesgo presentes en la población estudiada. El estudio de Slone et al. (2006) hace una comparación entre cuatro ciudades en México, mostrando mayores índices de depresión en mujeres que en hombres, así como correlaciones entre historias previas de enfermedades mentales y depresión. También se hallaron correlaciones entre la depresión y ser viuda(o), soltera(o) o divorciada(o), y una historia de abuso en la niñez. Colunga-Rodríguez et al., en el 2008 corroboran estas estadísticas al notar una prevalencia de depresión de 63%, en una proporción de 3 mujeres por cada hombre. García-Peña et al., en el 2008, en un estudio de 7 449 adultos mayores en la Ciudad de México, notaban una prevalencia de depresión mayor de 13.2%, con 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos con síntomas de depresión mayor. Guerra et al. En el 2009 va más allá del país, al hacer una comparación de prevalencia de depresión entre poblaciones de adultos mayores de México, Perú y Venezuela., sus resultados muestran un nivel considerable de depresión grave, correlacionado con enfermedades físicas e historias previas de depresión.

En un estudio reciente se reporta que en la ciudad de Torreón Coahuila, existe una prevalencia de 7.4 % de depresión severa, de acuerdo a la escala de Yesavage; sin embargo si el punto de corte se establece en puntuaciones de 15 o más, se eleva sustancialmente a 26.45%. La prevalencia de síntomas depresivos

clínicamente significativos es de 8 – 15% entre los ancianos que viven en la comunidad y de alrededor del 30% entre los institucionalizados. En otras estadísticas; la depresión mayor se produce con menor frecuencia en la edad avanzada que en la edad anterior y afecta a alrededor del 3% de los ancianos en la comunidad, al 11 % de los hospitalizados y al 12 % de los que viven en centros asistenciales a largo plazo.¹ El envejecimiento puede afectar de forma variable la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento (como la cognición, o la conducta) que se consideran relacionadas con la edad se deben a veces a problemas tratables (por ejemplo la depresión, el hipotiroidismo), la rápida disminución de la cognición casi siempre se debe a una enfermedad.

Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socio ambiental, incluido el entorno asistencial. La depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio. Las mayores tasas de suicidio en EUA se observan entre las personas de 70 años o más. En los varones blancos, el suicidio es un 45% más frecuente entre los de 65 – 69 años, más del 85% entre los de 70 – 74 años, y más de tres veces y media entre los de 85 años o de mayor edad. Hasta el 70 % de los ancianos que consumaron el suicidio habían visitado a su médico de atención primaria en las 4 semanas anteriores.

El síndrome depresivo es un trastorno de afecto, el cual puede presentarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas con episodio depresivo mayor, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, reacción de ajuste con ánimo depresivo, o a manera de un trastorno orgánico depresivo (depresión secundaria). Los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edad, e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante.

Además de los factores físicos y psicosociales ya señalados, también se mencionan como factores etiológicos una serie de cambios en el sistema nervioso central propios del envejecimiento, favoreciendo la depresión; como la disminución de las neuronas en regiones específicas (sistema límbico) decremento de neurotransmisores, incremento de su catabolia por aumento de la monoaminooxidasa cerebral, entre otros.

Los episodios de depresión breve, que son frecuentes en los ancianos, incluyen síntomas depresivos moderadamente graves que son coherentes con los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM – IV), excepto por su duración (2 semanas). Los síntomas pueden no tener un origen claro y desaparecer de forma espontánea, produciéndose los episodios en ciclos cada vez más rápidos. Algunos ancianos experimentan un breve periodo, que se prolonga por varios días, de síntomas depresivos graves, secundarios a dificultades obvias; como adaptación y/o duelo. La adaptación a una enfermedad crónica-grave, o en último término fatal, o la pérdida del cónyuge o compañero, suelen ser el origen de estos síntomas. Los afectados se recuperan con el tiempo o cuando desaparece el factor que genera el estrés.^{1,2}

Por otra parte debido a la transición demográfica que ocurre en México, se han incrementado el número de adultos mayores, representando hasta el 2005, el 5.4 % de la población, esperando se duplique para el 2025; para el 2050 representaran la cuarta parte de la población, sin embargo al aumentar en edad, las capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan. Por ello, las situaciones psicosociales pueden cambiar en un individuo añoso desde que se jubila, hasta que alcanza la condición de muy viejo, dependiendo de la evolución de su salud, de su autonomía y de las crisis que le puedan afectar.³

Debido a la variabilidad de la sintomatología depresiva, se han propuesto diferentes modos para identificarla y clasificarla, así mismo, la depresión ha sido hasta ahora ambiguamente definida, no existe acuerdo en los problemas básicos

como la naturaleza categórica o dimensional de la clasificación. Actualmente los sistemas de clasificación han sufrido un cambio importante tornándose menos ambiguos y más precisos. La depresión no posee el carácter de una entidad homogénea, la diversidad de sus causas ha hecho considerarla como un grupo de enfermedades cuyo común denominador es el abatimiento del estado de ánimo; el concepto de depresión ha tenido un proceso mediante el cual se han logrado tipificar subtipos de depresión. El avance más conciso lo ha logrado la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que mediante una descripción y diferenciación fenomenológica ha conjuntado en un capítulo denominado trastornos del estado de ánimo diversas entidades clínicas cuya característica principal es una alteración del humor. En él se intenta aumentar la especificidad diagnóstica y crear subgrupos de entidades depresivas más homogéneos que auxilien en la selección del tratamiento y el pronóstico.

Se caracteriza por uno o más de los episodios depresivos mayores, siendo los criterios diagnósticos los siguientes:

Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes al menos durante un periodo de dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento previo. Al menos uno de los síntomas debe ser Ánimo Depresivo o Pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer.

1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y casi diariamente, de acuerdo al reporte subjetivo (sentimientos de tristeza o vacuidad), o la observación hecha por otros (llanto).

2.- Marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día y casi diariamente (de acuerdo a la evaluación subjetiva o a la observación hecha por otros).

3.- Pérdida importante de peso sin estar a dieta o aumento de peso (en cambio de más del 5% de peso corporal en un lapso de un mes); o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4.- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5.- Agitación o retardo psicomotor (no solamente los sentimientos subjetivos de inquietud o entorpecimiento, sino perceptible por otras personas).

6.- Fatiga o pérdida de energía casi diariamente.

7.- Sentimientos de inutilidad, minusvalía y culpa excesiva o inapropiada, la cual puede ser delirante.

8.- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones (tanto por apropiación subjetiva, como por observación de otras personas).

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no únicamente miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, un intento suicida o un plan específico para cometer suicidio.

Además de los criterios expuestos, existen síntomas asociados entre los que destacan a nivel psicológico: el llanto fácil o los accesos de llanto desencadenados por estímulos triviales.³

Es importante mencionar que el anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte; acude mayor número de veces a los servicios de atención de primer nivel, y en aquellos que se encuentran hospitalizados con frecuencia complica y prolonga la estancia hospitalaria, aumentando así el costo de la atención. La depresión en el paciente geriátrico es también una causa común de polifarmacia; alrededor del 65% de los pacientes deprimidos reciben cinco o más medicamentos que los pacientes no deprimidos; eso quizá se deba a la alta carga de síntomas somáticos que paciente refiere. En población abierta la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15 y 20 % y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5 %. En pacientes hospitalizados en salas de cuidados agudos, la prevalencia de síntomas depresivos y de depresión mayor aumenta de 20 a 30 % y de 10 a 15 % respectivamente, en pacientes institucionalizados la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40 % y de depresión mayor de 12 a 16%, igualmente al analizar el suicidio como complicación de la depresión, se observa que la tasa del mismo se correlaciona en forma directa con la edad, siendo en promedio de 2.6/100 000, más alta de lo reportado en otras épocas de la vida. Como se mencionó anteriormente, los intentos son menos, pero los suicidios consumados sobre todo en varones, aumentan. Esta cifra de suicidio más alta en el anciano pudiera ser consecuencia de la participación simultánea de la depresión y otros factores como enfermedades

físicas, disminución del control del impulso (que en forma ocasional se asocia con deterioro cognitivo), aislamiento social y pérdida del cónyuge.⁴

Las posibilidades de adaptarse a las situaciones, sobre todo si son nuevas, están determinadas en los ancianos por su pasado, su salud, sus capacidades de comunicación y sus respuestas. Sobre el pasado nada se puede hacer, pero sobre los demás factores si se puede influir mediante las actuaciones de los cuidadores o convivientes. Espontáneamente, los mayores suelen reunirse en grupos para convivir en su tiempo libre o de ocio, por tener intereses comunes y una subcultura compartida; por ello, concurren voluntariamente a clubes o centros sociales diurnos y se incorporan a diversos quehaceres, más o menos activos o pasivos, desde simples partidas de juegos a viajes programados.

Los trastornos médicos pueden causar depresión en el adulto mayor, tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos endocrinos, neurológicos, metabólicos o de la nutrición, así como infecciones víricas (hepatitis, infección por VIH, herpes zoster), etc. También pueden ocasionar depresión el abuso de alcohol, algunos fármacos, especialmente antihipertensivos, la cocaína u otras drogas ilícitas.

Está demostrado que algunas circunstancias psicoecológicas influyen en la conducta de los ancianos, así, en su bienestar y confort y en la forma de manifestarse en muchos actos de la vida diaria influye la territorialidad o espacio personal de que disponen, tanto si están en familia, en una residencia u hospital, planteando unas necesidades de espacio e intimidad mínimas para desenvolverse como persona con cierta libertad o discreta autonomía.⁵

Debido a los factores anteriormente mencionados y al gran incremento de prevalencia de esta enfermedad en la población mexicana, a nivel IMSS se le integro a la evaluación bimestral de Calidad de la Atención Medica, supervisando los siguientes criterios: 1) si el paciente retorno a sus actividades normales; 2) si se le prescribió al paciente con depresión antidepresivos anti colinérgicos, y por ultimo; 3) si se consignó el diagnostico y/o datos de depresión en el expediente.

La intervención psicoterapéutica sola o combinada con tratamiento farmacológico mejora los síntomas de depresión en el adulto mayor, sobre todo la combinación de ambos es eficaz en la depresión moderada a severa.⁶

El DSM-IV define al trastorno distímico, que puede ser crónico, persistente y moderadamente grave, como un estado de ánimo deprimido, con dos o más síntomas adicionales (alteraciones del sueño, disminución del apetito, sentimientos de desesperanza, letargo). Los síntomas deben persistir durante al menos dos años, pero sin ser lo bastante graves como para constituir un episodio depresivo mayor.

Es muy importante distinguir, en algunos casos, entre depresión y un trastorno mental orgánico (p. Ej., demencia incipiente). En la relación demencia-depresión, se presentan varias circunstancias: 1) ambos cuadros, pueden presentarse de manera simultánea, no son excluyentes; 2) la depresión puede acompañarse de alteraciones cognoscitivas sin tratarse de un trastorno demencial; 3) la demencia puede acompañarse de síntomas depresivos o afectivos aislados sin llegar a integrarse el síndrome depresivo y menos aun una entidad nosológica afectiva específica, los pacientes que son portadores de trastornos demenciales sufren con frecuencia (40 a 50%) de trastornos depresivos, ameritando tratamiento.⁷ La ingesta habitual de fármacos y la poli farmacología frecuentemente utilizada, a menudo con compuestos que llevan asociados sedantes centrales, pueden ser también causa de estados depresivos. La depresión puede, también, aparecer en el comienzo de un cuadro de demencia y en ocasiones simularlo, como en la pseudo demencia depresiva.⁸

La valoración del estado mental (VM) debe formar parte del proceso de valoración integral (clínica, funcional, mental y social) del anciano. Las áreas principales e inexcusables de la VM son dos: el estado cognitivo (que comprende la demencia, el estado confusional y la alteración de memoria asociada a la edad) y el afectivo. Las personas con ingresos más bajos corren un mayor riesgo de depresión. La intervención psicoterapéutica sola o combinada con tratamiento farmacológico mejora los síntomas de depresión en el adulto mayor, sobre todo la combinación de ambos es eficaz en la depresión moderada a severa. La

psicoterapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal han demostrado en ensayos clínicos aleatorios ser tan eficaces como la terapia farmacológica en casos seleccionados como en la depresión moderada. Las terapias corporales y psicomotrices, familiares y actividades socio terapéuticas, son sobre todo de utilidad preventiva.⁹

El uso de instrumentos o escalas de valoración cognitiva facilita una exploración rápida y sistemática de la situación mental del anciano, permite obtener resultados homologables y reproducibles y puede mejorar la sensibilidad (aunque no la especificidad) diagnóstica frente al juicio clínico.

INSTRUMENTOS RAPIDOS DE VALORACION DEL ESTADO AFECTIVO.

Existen varias escalas de depresión, algunas de ellas para su uso específico en adultos mayores. Las de mayor difusión son la Geriatric Depression Scale (GDS) de Brink y Yesavage y la Rating Scale for Depression de Hamilton. Estas escalas incluyen ítems sobre humor, insomnio, ansiedad, inhibición, culpabilidad y pensamientos de muerte, síntomas somáticos, síntomas paranoides, compulsivos, etc. Sin embargo más que nada su utilidad se enfoca como posible instrumento de detección y como medida de respuesta del tratamiento, y no se debe utilizar como diagnóstico, ya que este, sobre todo en la depresión es meramente clínico.^{7, 10, 11} Dichas encuestas se realizan entrevistando al paciente o por medio de cuestionario auto administrado. En la GSD la puntuación es de 15 a 0, - de peor a mejor-, con un tiempo de administración de 3 a 6 minutos.¹¹

La depresión mayor, con o sin melancolía, incluye un síntoma central de estado de ánimo disfórico o pérdida de interés, mas al menos cuatro de los síntomas siguientes: alteraciones del sueño (normalmente, disminución del mismo) perturbación del apetito, pérdida de peso, retraso psicomotor, ideación suicida, mala concentración, sentimientos de culpa y perdida de interés en las actividades habituales (si no es el síntoma central). Existe melancolía si predominan sobre estos síntomas la falta de interés por el ambiente social, la variación diurna (es decir sentirse peor durante una parte del día, generalmente

por la mañana), y la agitación o el retraso psicomotor. En algunos casos, predominan los rasgos psicóticos en la depresión mayor, sobre todo ideas delirantes de enfermedad o sentimientos de culpa sobre algunas acciones, pensamientos o acontecimientos ya pasados. En la depresión psicótica es más prevalente a una edad avanzada que a la mitad de la vida, los síntomas psicóticos son similares entre los ancianos y los pacientes jóvenes, aunque en el adulto mayor suele tener más síntomas y es menos probable que experimente auto reproches y culpa. ^{12,13}

Existen también otras pruebas para identificar la depresión ya que esta puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial ¹⁴, para lo cual se utilizan pruebas como el mini examen cognoscitivo de Folstein, versión de Lobo al español, cuya sensibilidad es de 87 % y especificidad de 85 %.^{15, 16}

La gran variación de resultados en este tipo de pruebas, se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios. ¹⁸⁻²⁴. También hay diferencias si el estudio se realiza en determinados servicios, como en urgencias, donde se ha encontrado prevalencia de 30 % en población mayor de 18 años, sin diferenciación por grupos de edad. ²⁵ En servicios de rehabilitación visual se ha observado 26.9 % en personas mayores de 65 años. ²⁶

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señala que 9.1 % de los encuestados ha padecido un trastorno afectivo alguna vez en la vida; 4.8 % corresponde a episodios de depresión mayor o menor. ²⁷

Diversos autores han estudiado la asociación de depresión con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, cardiopatía isquémica, ^{28,32} hipotiroidismo, ³³ enfermedad vascular cerebral, ³⁴ enfermedad de Alzheimer, Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis. ³⁵ Además de mayor frecuencia de depresión en pacientes que padecen alguna de las patologías mencionadas, la asociación es de doble vía ya que la

depresión a su vez puede favorecer una evolución más tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional,³⁶⁻³⁸ por ejemplo: en adultos mayores deprimidos se ha observado disminución de linfocitos con respuesta inmunológica disminuida,³⁹ y una relación inversa de la morbilidad o comorbilidad con la calidad de vida de los sujetos con depresión;⁴⁰ además, la depresión incrementa sustancialmente el uso de medicamentos y se asocia con recuperación más lenta, mayor recurrencia y discapacidad psicosocial.⁴¹ La dependencia en las actividades diarias y la discapacidad (62 % con escala de Katz y 75 % con escala de Lawton) son factores que se asocian con depresión²⁵ y están en estrecha relación con las enfermedades crónicas. Se menciona que cuando la discapacidad y la dependencia suceden en etapas más tempranas de la vida, se asocian más con depresión.³⁵ Por otra parte, las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etcétera) se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar más cercano.^{42,43}

Por último, cabe mencionar que investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las nuevas tecnologías que han hecho posible obtener imágenes del cerebro –tales como las imágenes por resonancia magnética– han demostrado que el cerebro de las personas con depresión se observa diferente en comparación con de quienes no la padecen. Las áreas de cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar con normalidad.⁴⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en México se señala que dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8 % se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de cifras mas elevadas entre los adultos mayores.

Por otro lado, dentro del ámbito hospitalario en el Instituto Nacional de Nutrición, la frecuencia de síntomas depresivos rebasa el 30%, mientras que la frecuencia por falla cerebral por padecimientos demenciales en la consulta geriátrica es aproximadamente del 20 %.⁴

En lo que refiere a la población abierta, la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15 y 20 % y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5 %. En pacientes hospitalizados en salas de cuidados agudos, la prevalencia de síntomas depresivos y de depresión mayor es de 20 a 30 % y de 10 a 15 % respectivamente. En pacientes institucionalizados la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40 % y de depresión mayor de 12 a 16%. Igualmente al analizar el suicidio como complicación de la depresión, se observa que la tasa del mismo se correlaciona en forma directa con la edad, siendo en promedio de 2.6/100 000, más alta de lo reportado en otras épocas de la vida. Esta cifra de suicidio presentándose con mayor frecuencia en el anciano, pudiera ser consecuencia de la participación simultánea de la depresión y otros factores como enfermedades físicas, disminución del control del impulso aunado al deterioro cognitivo, el aislamiento social y/o la pérdida del cónyuge.^{4, 8, 9}

A nivel de atención primaria existe subdiagnóstico y retraso en la identificación de la depresión, lo que conlleva al retraso en el tratamiento, impactando negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios.

Frecuentemente el médico de atención primaria considera como causa de depresión las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros por lo cual se considera justificada evitando dar tratamiento alguno, cuando realmente esta incapacidad puede ser ocasionada por la misma depresión. En la literatura se

hacen dos importantes señalamientos sobre este problema: la oferta de servicios médicos no necesariamente concuerda con las necesidades de los adultos mayores, y los servicios ofertados son subutilizados.⁴⁴

En el presente trabajo se pretende conocer la prevalencia de depresión en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar número 9 de la ciudad de Frontera Coahuila. Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes al detectar en forma oportuna dicha entidad y/o los factores de riesgo que la determinan. Utilizando como instrumento de medición la escala de Yesavage.

Pregunta de Investigación:

¿Cuál será la Prevalencia de Depresión en los Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar número de 9 de Frontera Coahuila?

JUSTIFICACIÓN

Diversos autores han estudiado la asociación de depresión con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, cardiopatía isquémica,^{28,32} hipotiroidismo,³³ enfermedad vascular cerebral,³⁴ enfermedad de Alzheimer, Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis.³⁵ Además de mayor frecuencia de depresión en pacientes que padecen alguna de las patologías mencionadas, la asociación es de doble vía ya que la depresión a su vez puede favorecer una evolución más tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional

En la actualidad la depresión es un problema de salud pública, que es padecido por individuos de distintas edades, pero que se presenta con mayor frecuencia en el adulto mayor.

Esto debido a distintas razones como lo son la disminución en las habilidades mentales, disminución de las actividades físicas antes realizadas, situación económica, soledad, pérdida del cónyuge, entre otras causas.

Aunado a esto, se encuentra que en muchos casos esta enfermedad no es tratada, al adjudicarse que los síntomas presentados por la depresión, son propios de la edad adulta.

Se estima que para el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar un manejo integral, que incluya psicoterapia y tratamiento médico adecuado, permitiendo así una mejora.

En este trabajo con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de nuestros adultos mayores, se iniciara conociendo la frecuencia de esta patología para tomar las medidas pertinentes para combatirla.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de Depresión en el Adulto mayor en la UMF número 9 de Frontera Coahuila.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a). Evaluar la prevalencia de Depresión por edad y sexo.

- b). Valorar el grado de depresión en los adultos mayores de la UMF # 9 de Frontera Coahuila.

- c). Investigar si donde existen enfermedades crónicas degenerativas se presenta mayormente depresión.

METODOLOGÍA

A). TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio Transversal, observacional, y analítico de prevalencia.

B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Frontera Coahuila, adscritos al consultorio 10 del turno matutino, en el periodo del 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2008.

C). TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se realizo un calculo del tamaño de la muestra, sobre una población de 2000 derechohabientes, con un 10% de adultos mayores, restándole el 1% sobre los pacientes que pudieran presentar enfermedades, neurosiquiaticas, secuelas de enfermedad vascular cerebral, o estar en tratamiento con psicotr6picos, en base a estos datos y utilizando la siguiente formula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

En donde N de 180, k 1.96, e 3%, p 20%, q 80%, resultando una muestra de 143.

D). CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN.

- Inclusión: Pacientes derechohabientes adultos mayores adscritos al consultorio10 de la UMF # 9 de Frontera, Coach, de ambos géneros.
- Exclusión: Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzhéimer, con secuelas de enfermedad cerebro vascular, pacientes psiquiátricos en tratamiento con psicotrópicos.
- Eliminación: pacientes que por su voluntad no aceptaron participar en el estudio.

E). INFORMACIÓN A RECOLECTAR.

Se recolectaran las principales variables sociodemográficas y los datos propios de La Escala de Yesavage para poder detectar la depresión. En donde tenemos las variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE: ADULTO DE LA TERCERA EDAD.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Según La OMSS Adulto Mayor se considera indistintamente a todo adulto mayor de 60 años.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Todo aquel paciente que según los registros de afiliación de IMSS tenga 60 años o más.

VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESIÓN.

DEFINICION CONCEPTUAL:

Depresión viene del latín: depressia: hundimiento; el paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

DEFINICION OPERACIONAL:

Según la puntuación de La Escala de Yesavage Sujeto normal (Sin Depresión) puntuación de 3 puntos o menos. Depresión Leve de 4 a 7 puntos, y Muy Deprimido con una puntuación de 8 a 12.

F). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se aplicó la encuesta de la escala de Yesavage, versión corta, diseñada exclusivamente para adultos mayores, traducida al castellano y validada en 1997, basada en respuestas dicotómicas; sí/no, con una sensibilidad de 84% y especificidad de 95%; la versión abreviada consta de 15 ítems relacionados con síntomas de depresión (humor, insomnio, ansiedad, inhibición, culpabilidad y pensamientos de muerte, síntomas somáticos, síntomas paranoides compulsivos), dicha encuesta fue aplicada por médico residente de medicina familiar, para lo cuál se llevó un espacio de tiempo de 3-6 minutos al cuestionar a cada paciente. (Anexo 1).

G). ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se realiza estadística descriptiva, media, mediana, moda, rango, y se manejan porcentajes, así como elaboración de graficas.

H). RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

El investigador principal fue el alumno el curso de especialidad en medicina Familiar Para Médicos Generales convenio IMSS UNAM. El material utilizado para concentrar y recabar la información, Laptop hp COMPAQ Windows 7, 10 lápices, 3 Plumas, 500 hojas Blancas. En lo financiero todo el gasto corrió a cargo del investigador principal copias, impresiones, traslados etc.

I). ASPECTOS ÉTICOS.

Se procedió conforme a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13,15,16,17,18,19,20,21,22. (Anexo 2)

Se solicitó como lo exige la normativa institucional a registrar el proyecto en el sistema SIRELCIS, siendo aceptado dicho proyecto.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el consultorio de medicina familiar numero 10 de Frontera Coahuila, tiene una población de 2000 derechohabientes, con un estimado de 10% de de adultos mayores, restándole 1% de los pacientes con patologías neuropsiquiátricas, secuelas de enfermedad vascular cerebral etc... Por cálculo del tamaño de la muestra se requerían 143 encuestados, finalmente se trabajo con 145 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario de Yesavage.

De los 145 adultos mayores estudiados tenemos los siguientes grupos etáreos:

60 – 65 años = 54 participantes, 66 – 70 años = 40 participantes, 71 – 75 años = 25 participantes, 76 – 80 años = 17 participantes, 81 – 85 años = 7 participantes, y de 86 – 90 años = 2 participantes. **(Tabla 1, Gráfica 1)**

Por género resultaron 78 mujeres y 67 hombres. **(Gráfica 2)**

El rango de edades fue de 60 a 90 años, con un promedio de edades de 68.71 años, la moda la edad de de 77años que se presento 12 veces.

Los resultados de la encuesta de Yesavage nos da una prevalencia de depresión de 46.20%. (67 adultos Mayores con depresión), de ellos con depresión leve 37.93% (55 adultos mayores) y muy deprimidos 8.27% (12 pacientes) **(Gráfica 3)**

En estos pacientes también se tomó en cuenta que la mayoría de ellos presentan patologías crónicas en orden de frecuencia tenemos:

Hipertensión arterial (HTA) 57, diabetes mellitus (DM) 23, enfermedad articular degenerativa (EAD) 9, hernia hiatal 2, cáncer de piel1, hipertrofia prostática 1, insuficiencia cardiaca 1. **(Gráfica 4, tabla 2).**

La depresión en los adultos mayores por grupos de edad se presento de la siguiente manera:

De 60 a 65 años 24, de 66 a 70 años 18; de 71 a 75 años 13; de 76 a 80 años 7; de 81 a 85 años 4; de 86 a 90 años 1. **(Gráfica 5).**

La depresión por género:

En mujeres, se encontró depresión leve en 38 pacientes, esto es el 48.7 %, muy deprimidas, 6 pacientes, el 7.6%.

En hombres resultaron con depresión leve 17 pacientes, esto es el 25 %, muy deprimidos 6 pacientes 8.9 %. **(Gráficas 6)**

La frecuencia de la depresión en el adulto mayor por grupos de edad y por sexo se encontró de la siguiente manera:

Por sexo y por edad se encontraron los siguientes datos.

De 60 a 65 con depresión leve 8 hombres, 13 mujeres, con depresión severa 1 hombre, 2 mujeres.

De 66 a 70 con depresión leve 1 hombres, 9 mujeres, con depresión severa 1 hombre, 2 mujeres.

De 71 a 75 con depresión leve 3 hombres, 7 mujeres, con depresión severa 1 hombre, 0 mujeres.

De 76 a 80 con depresión leve 1 hombres, 7 mujeres, con depresión severa 2 hombre, 0 mujeres.

De 81 a 85 con depresión leve 1 hombres, 1 mujeres, con depresión severa 1 hombre, 2 mujeres.

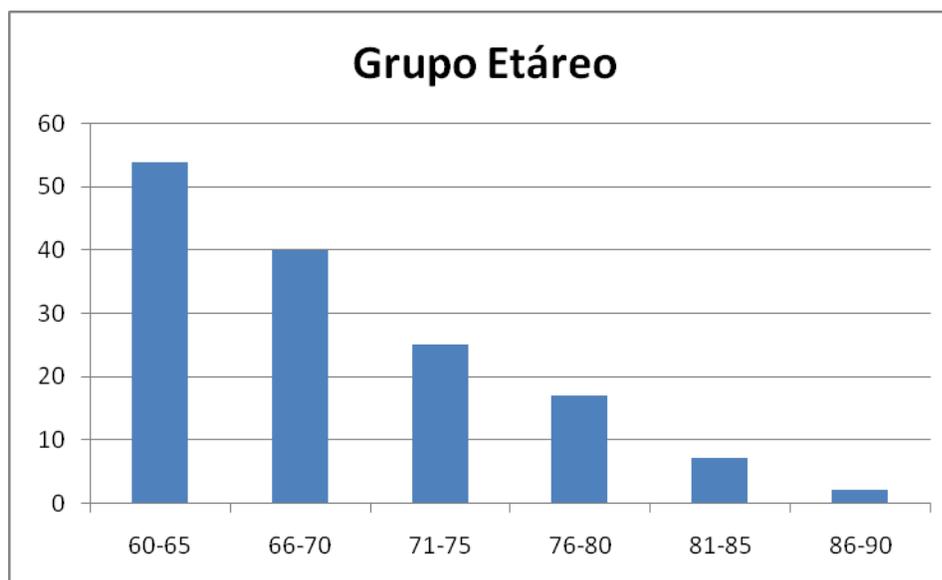
De 86 a 90 con depresión leve 1 hombres, 1 mujeres, con depresión severa 1 hombre, 0 mujeres. **(Tabla 3, Gráficas 7)**

TABLAS Y GRAFICAS

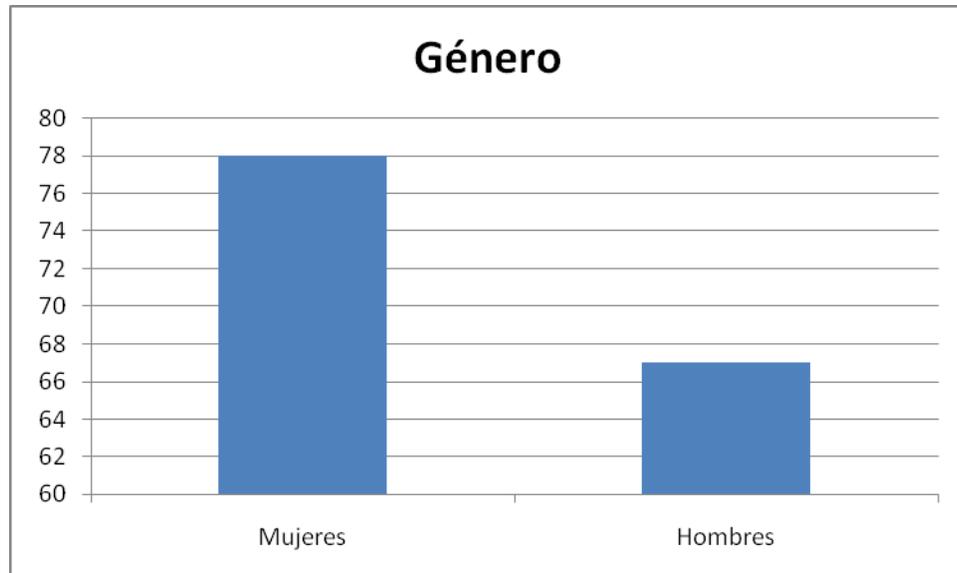
Tabla No. 1 Frecuencias de Adultos Mayores por Grupos de edad.

Grupos Etéreos	Frecuencias
60-65	54
66-70	40
71-75	25
76-80	17
81-85	7
86-90	2
Total	145

Gráfica No. 1 frecuencias de los adultos de edad avanzada por grupos de edad.



Gráfica No. 2 Población de adultos mayores por Género



Gráfica No. 3 Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor

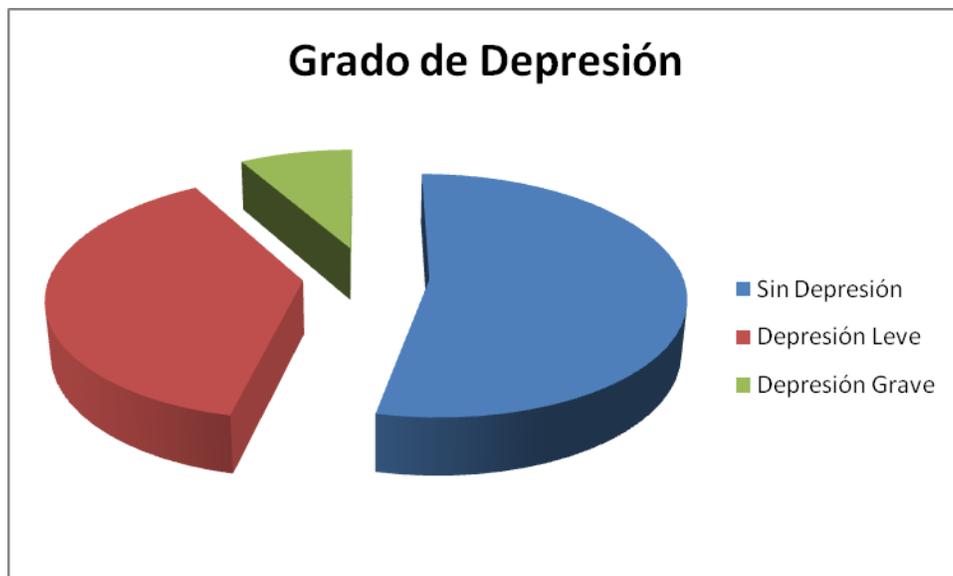
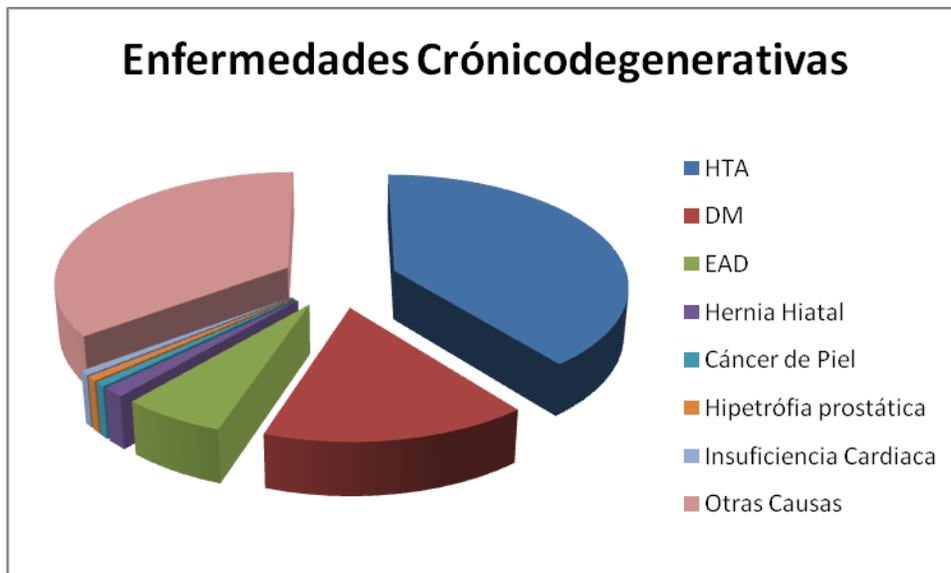


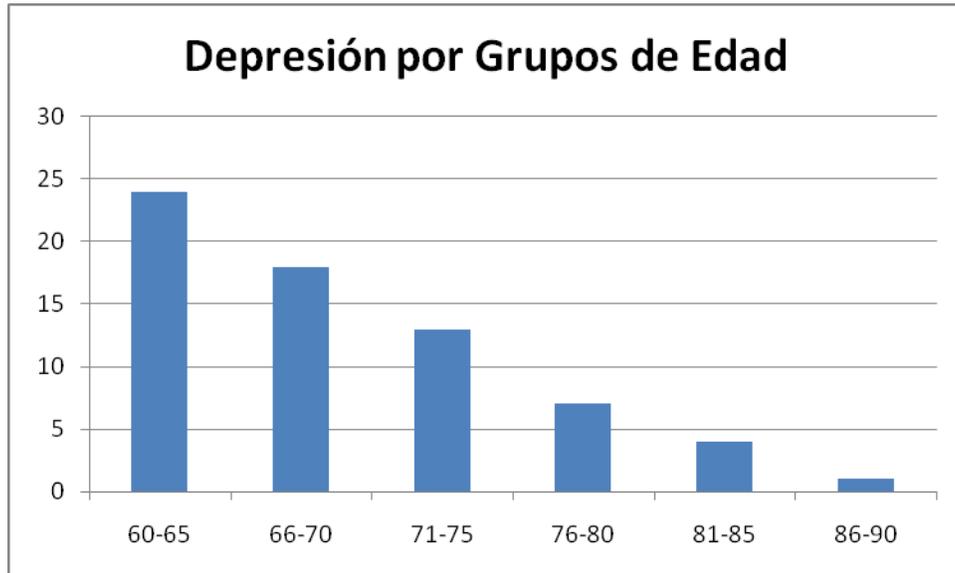
Tabla 2. Frecuencia de Enfermedades Crónico Degenerativas.

PATOLOGIA	NUMERO DE CASOS
Hipertensión Arterial	57
Diabetes Mellitus 2	23
Enfermedad Articular Degenerativa	9
Hernia Hiatal	2
Cáncer de Piel	1
Hipertrófia Prostática	1
Insuficiencia Cardíaca	1
Otras Causas	51
Total	94

Gráfica No. 4 Frecuencia de Enfermedades Crónico Degenerativas en la población estudiada.



Gráfica No. 5 Depresión en los adultos mayores por grupos de edad



Gráfica No. 6 Depresión del adulto mayor por género

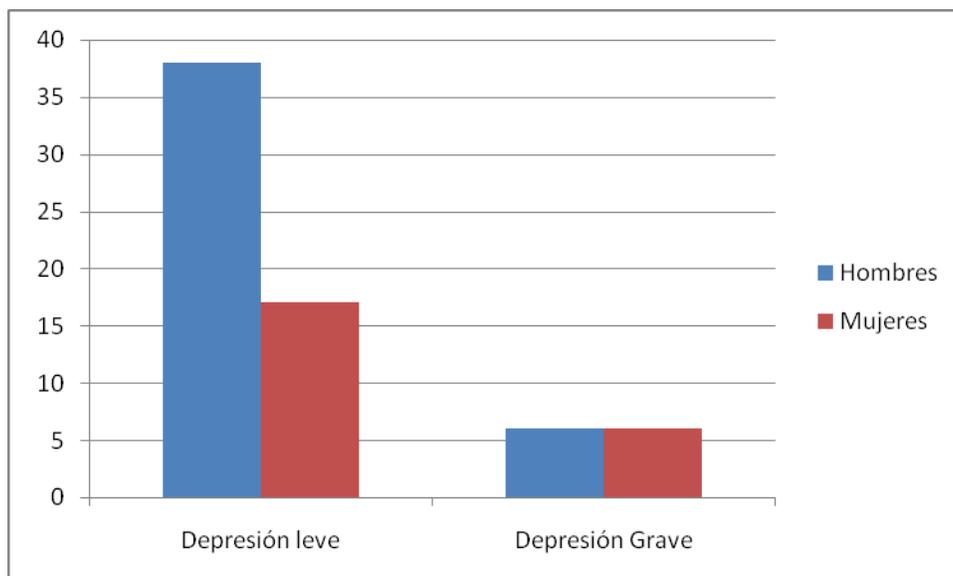
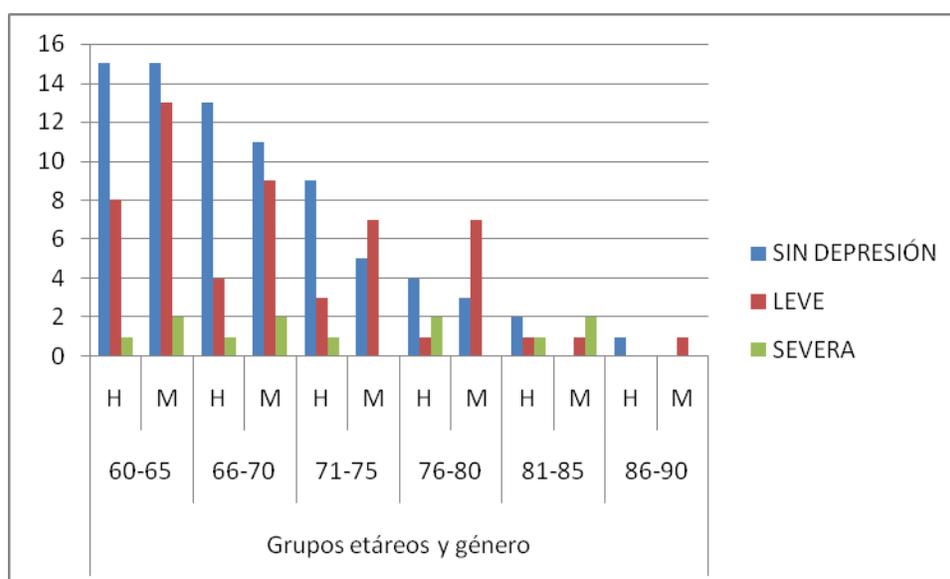


Tabla No. 3 frecuencia de la depresión por grupos de edad y género.

Grado Depresión	Grupos etáreo y género											
	60 -65		66-70		71-75		76-80		81-85		86-90	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
SIN DEPRESIÓN	15	15	13	11	9	5	4	3	2	0	1	0
LEVE	8	13	4	9	3	7	1	7	1	1	0	1
SEVERA	1	2	1	2	1	0	2	0	1	2	0	0
total	24	30	18	22	13	12	7	10	4	3	1	1

Grafica No. 7 frecuencia de la depresión por grupos de edad y género



ANÁLISIS DE RESULTADOS

De 150 pacientes a quienes se les aplicó la encuesta GDS para detectar el grado de depresión, cinco no contestaron en forma adecuada el cuestionario, por lo que se tomaron a consideración sólo 145 encuestados, encontrándose en forma global 67 pacientes con depresión, lo que representa el 46.2 %, de los cuales 55 resultaron con depresión leve, esto es 53.7 %; y muy deprimidos 12 pacientes, lo que representa el 8.9%, lo cual está por arriba de lo reportado en la literatura tanto nacional como internacional; en EUA se reporta en 6% y en países europeos un 20%, ascendiendo en Italia hasta en 40%; con una incidencia de casos nuevos por año del 15 % (1,2), tomando en cuenta que nuestra población estudiada son pacientes ambulatorios, los reportes pueden ser comparativos. En Guadalajara, Jalisco, México, Pando Moreno y Cols., reportan en el año 2001, una prevalencia de depresión en adultos mayores hasta del 36%; reportándose depresión en el 43% y en hombres en un 2.7 %

En lo referente a edades, se encontró que el grupo etáreo mayormente afectado fue de 60 a 65 años; con depresión leve; esta edad está relacionada con el proceso de jubilación y/o retiro; etapa del ciclo vital en la que hay conflictos de adaptación, por lo que dichas situaciones psico sociales en el adulto mayor pueden cambiar la evolución de la salud, autonomía y de las crisis que le puedan afectar.

El género más afectado en nuestra encuesta resultó ser el género femenino; se estudiaron 78 mujeres resultando con depresión leve 38, esto es 48.7%, y muy deprimidas 6 pacientes, 7.6%, coincidiendo con estudios comentados en párrafo superior, como el realizado en Guadalajara, Jalisco, donde reportan una prevalencia de depresión en mujeres de hasta un 43 % y un 2.7 % en hombres; en nuestro estudio se reportan una relación mujer – hombre de 2:1 esto es hasta

casi el doble del obtenido para los hombres; debido probablemente al rol de cuidadora que desempeñan generalmente las mujeres; generando más carga de responsabilidad para el hogar que para el hombre. En cuanto a los resultados obtenidos para el sexo masculino; se estudiaron 67 pacientes, resultando 17 con depresión leve, 25 %, y 6 personas muy deprimidas, lo que representa el 8.9 %, este último porcentaje por arriba de lo reportado a nivel nacional; Bello y cols.(2005) reportaron una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres, por otra parte Márquez Cardoso y cols., en el 2005 señala una frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores mucho más alta (pero no la específica) y supone que este resultado está vinculado, probablemente, con los múltiples factores de riesgo presentes en la población estudiada; Slone y cols., (2006) hace una comparación entre cuatro ciudades en México, mostrando mayores índices de depresión en mujeres que en hombres, así como correlaciones entre historias previas de enfermedades mentales y depresión. También se hallaron correlaciones entre la depresión y ser viuda(o), soltera(o) o divorciada(o), y una historia de abuso en la niñez. Cabe mencionar que en ambos sexos en el grado de muy deprimidos, se presentaron en todas las edades; sin embargo se observó en nuestros resultados que a mayor edad mayor depresión.

En cuanto a la relación de depresión con enfermedades crónico - degenerativas; coincidió el predominio de estas en el grupo etáreo de 60 a 65, mismo en el que predominó la depresión leve, en el 2009, Guerra y cols, realizan una comparación de prevalencia de depresión entre poblaciones de adultos mayores de México, Perú, y Venezuela, mostrando en sus resultados un nivel considerable depresión grave correlacionado con enfermedades físicas; así mismo algunos trastornos pueden causar depresión en el adulto mayor, tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, patologías endócrinas, neurológicas, metabólicas, sin dejar de mencionar algunos fármacos antihipertensivos sobre todo, etc., (5)

CONCLUSIONES

En la ciudad de Frontera, Coahuila; donde se tomó como Universo de Trabajo la población de adultos mayores del consultorio 10 el turno matutino de la UMF N° 9 de Frontera, Coahuila, de 145 encuestados resultaron con depresión 67 pacientes, lo que representa el 46.2 por ciento, lo que representa una prevalencia mayor de la reportada en la literatura, tanto en México como internacional.

El género, como lo han reportado otros estudios resultó ser el género femenino, con una proporción casi al doble que el del género masculino.

El presente trabajo se obtuvieron resultados los cuales demuestran que la población de adultos mayores es mayormente vulnerable a la depresión, siendo ya un problema de salud pública, en el presente estudio predominó la depresión el grupo etéreo de 60 a 65, edad que coincide con el proceso de jubilación y/o retiro; etapa del ciclo vital en la que hay conflictos de adaptación. Por lo que dichas situaciones psico sociales en el adulto mayor pueden cambiar la evolución de la salud, autonomía y de las crisis que le puedan afectar. Actualmente la depresión se considera un problema de salud pública, con serias implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de adultos mayores que la padecen; cabe mencionar que el anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte, acude más frecuentemente a los servicios de atención de primer nivel, por lo que es conveniente que el sector salud realice programas enfocados en forma multidisciplinaria para dar tratamiento en forma individual así como grupal; realizando procedimientos que están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, con pequeñas muestras o en pacientes ambulatorios, como sería la Escala de Depresión Geriátrica en su versión corta.

No omito mencionar que el suicidio es una complicación de la depresión, reportándose que la tasa del mismo se correlaciona en forma directa con la edad, siendo en promedio 2.6/100 000, más alta de lo reportado en otras épocas de la

vida; así mismo en esta etapa los intentos son menos, pero los suicidios consumados sobre todo en varones, aumentan, todo lo anterior pudiera ser la consecuencia de la presentación simultánea de depresión y otros factores como enfermedades crónicas degenerativas, aislamiento social y pérdida del cónyuge, sin dejar de mencionar disminución del control del impulso aunado a deterioro cognitivo. (4)

Por lo que con el presente estudio se pretende que al conocerse la presencia de depresión en los adultos mayores, se realicen en forma urgente intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y a disminuir la morbilidad y mortalidad; como los establecidos en otros padecimientos, otorgando tratamiento en forma inmediata, siendo este según lo amerite, ya sea médico o terapia psicológica, canalizando si es necesario a segundo nivel de atención médica, ya sea con psicología y psiquiatría, sin dejar pasar nuestra intervención como médicos de primer nivel incorporándolos a grupos de apoyo y/o clubes, en donde se convive en su tiempo libre con personas que tienen intereses comunes y una subcultura compartida; siendo esto también parte de su tratamiento, en resumen es conveniente que en las unidades médicas existan programas sistemáticos de detección de depresión en los adultos mayores, para así estar en posibilidad de efectuar intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Trastornos Psiquiátricos, La vejez y la salud mental, Evaluación Geriátrica, Manual Merck de Geriátrica, Segunda Edición, pp. 40 - 54, 307 - 323. 1990.
2. Douglas C. Nance, Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriátrica. Disponible en el sitio: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>. Revisado el 24 de junio de 2012.
3. Meléndez Moral Carlos, Tomas Miguel José Manuel, Navarro Pardo Esperanza, Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista, Manheim. Salud Publica De México 2007; 49 (6);408–12.
4. D´HYVER Carlos, Gutiérrez Robledo Luis Miguel; Geriátrica: En: Gutiérrez robledo Luis Miguel, Transición epidemiológica como proceso de cambio. Pp. 2 - 13 Copca Arellano Alicia, Depresión, pp. 349 - 355; Alejandro Miguel Jaimes, German Silva Doreme, Fragilidad, pp. 565 - 571, Ortiz de la Huerta Martínez Parente Dolores, El Anciano y su entorno familiar: problemas comunes en la relación familiar o del cuidador, pp. 573 - 579. “El Manual Moderno”. 2001.
5. Cid Sáenz M., Patología Mental: delirium, Trastornos afectivos y por ansiedad. Jiménez Herrero F., Psicología del Anciano, Trastornos psíquicos menores. Alcoholismo y vejez. En: Salgado Alba Alberto, Guillen Llera Fco., Rupierez Cantara Isidoro. Manual de Geriátrica, Tercera Edición, Barcelona, Masson Salvat 1990. pp. 99 - 112, 565 - 574.
6. Enfermedades Mentales (Psicosis y Neurosis seniles); En: Nicola de Pietro, Geriátrica, “El Manual Moderno”, 1983, pp. 265 - 269.
7. MARTINEZ M. Jesús A., MARTINEZ O. Verónica A., ESQUIVEL M. Carlos G. VELASCO R. Víctor M. Prevalencia de Depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social, 45 (1): 21 – 28. 2007.

8. Sosa Ortiz Ana Luisa, Depresión, En: Rodríguez, R., Morales J., Encinas Trujillo, D'Hyver, Geriatria, McGraw Hill Interamericana, pp. 216 - 223, 323 - 325. 2005.
9. Alzheimer y otras demencias del anciano, PAC PSIQUIATRIA 2. Programa de actualización continúa. Avalado por Asociación Psiquiatras Mexicanos. A. C. Libro 5, pp. 7 - 9, 19 - 20, 46 - 47.
10. Salgado A., Conceptos Valoración Geriátrica. En: Salgado A., Guillen F. El Manual de Geriatria. México. Salvat editores. 1992: 32 - 7.
11. Valoración Mental, González Montalvo J. I., En: Salgado Alba A., Guillen Llera Fco., Rupierrez Alcántara M. Fundamentos Prácticos de la Asistencia al Anciano, Barcelona, Masson Salvat. Pp. 65 – 73. 1992.
12. BELLO Mariana, PUENTES R. Esteban, MEDINA M. María E. LOZANO Rafael. Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en México. Salud pública de México. Vol. 47, suplemento 1 de 2005.
13. Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias: Clinical Practice Guideline. Washington D.C. US: Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research, 1969; 19 GUIAS CLINICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DEL ANCIANO. Ars Médica. pp. 7 - 9.
14. Raj A. Depression in the elderly. J Postgrad Med 2004;115(6):26-42. Santillana-Hernández SP, Alvarado-Moctezuma.
15. LE. Depresión en población adulta mayor. Rev Med IMSS 1999;37(2):111-115.
16. Alfaro A, Acuña MM. Depresión en la atención primaria en adultos añosos. Gerontol Geriatric 2000;2(3):18-21.
17. Ritchie K, Gilham C, Ledesert J, Touchon J, Kotzki. PO. Depressive symptomatology and regional blood flow in elderly people with sub-clinical cognitive impairment. Age Ageing 1999;28:385-391.
18. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. Am Fam Physician 1999;60(3):820-826.

19. Heinze G, Escalante CA, Ferendez L, Galli E, León C, Moreno RA, et al. The coexistence of depression and anxiety. *Salud Mental* 1999;22(3):1-4.
20. Rakel RE. Depression. Primary care. *Clin Office Practice* 1999;26(2):211-224.
21. García-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. *Aten Primaria* 2001;27(7):484-488
22. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
23. Yesavage JA, Brink TL, Rise T. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. *J Psychiatry Res* 1983; 17:37-49
24. Backer FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican American elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(1):21-25.
25. Fernández-Sanmartín MI, Andrade C, Molina J, Muñoz PC, Cerrel B, Rodríguez M, et al. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:279-287.
26. García-Muñoz C, Rivera J. Valoración geriátrica en atención primaria. *Jano* 1997;52:2217-2226.
27. Meara J, Hobson P. Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson disease and their carers in the community. *Age Aging* 1999;28:35-38.
28. Martínez-de la Iglesia J, Onis-Vilches MC, Dueñez-Herrero R, Aguado-Taberné C, AlbertColomer C, Luque-Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado para el cribado de depresión en mayores de 65 años. Adaptación y validación. *Med Fam* 2002;12:620-630.
29. Martínez-de la Iglesia J, Onis-Vilches MC, Dueñez-Herrero R, Aguado-Taberné C, AlbertColomer C, Arias-Blanco MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria* 2005;35(1):14-21.

30. Lundquist RC, Berners A, Olsen CG. Comorbid disease in geriatric patients: dementia and depression. *Am Fam Physician* 1997;55(8):2687-2694.
31. Lobo A, Ezquerro F, Gómez F, Sila JM, Seva A. El miniexamen cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Acta Neurol Psiquiatr* 1975;7:180-202.
32. Folstein MF, Folstein SE, Mc High PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
33. Faison WE, Stephens DC. Prevalence and treatment of depression in the elderly. *Clin Geriatr* 2001;9(11):46-52.
34. Álvarez M, De Alaiz A, Brun E, Cabañeros J, Calzon M, Cosio I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria* 1992; 10:812-816.
35. Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJ, Jonker C, et al. Association of depression and gender with mortality in old age: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Br J Psychiatry* 2000;177(Suppl):336-342.
36. Raccio-Robak N, McErlean MA, Fabacher DA, Milano PM, Verdile VP. Socioeconomic and health status differences between depressed and nondepressed ED elders. *Am J Emerg Med* 2002;20(2):71-73.
37. Meldon WS, Emerman CL, Moffa DA, Schubert DS. Utility of clinical characteristics in identifying depression in geriatric ED patients. *Am J Emerg Med* 1999;17:522-525.
38. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto-Masis D, Gil-Laverde JFA, Rondón-Sepúlveda M, DíazGranados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica* 2004;16(6):378-386.
39. Kumar A, Clark S, Boudreaux ED, Camargo CA. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1284-1289.

40. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(3):180-187.
41. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Feliz-Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
42. Dickens CM, Percival C, McGowan L, Douglas J, Tomenson B, Cotter L, et al. The risk factors for depression in first myocardial infarction patients. *Psychol Med* 2004;34(6):1083-1092.
43. Gutiérrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katschnig H. The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC Psychiatry* 2002;2:3.
44. Fielding R. Depression and acute myocardial infarction: a review and reinterpretation. *Soc Sci Med* 1991;32:1017-1027.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de recolección de datos.

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (FORMA ABREVIADA)

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se aburre a menudo?	SI	NO
5. ¿Está animado la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo vaya a sucederle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Se siente a menudo indefenso?	SI	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	NO
11. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
12. ¿Siente que su manera de ser no es válida?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas se encuentran mejor que usted?	SI	NO

Puntuación ____/15	NORMAL	3 +_ 2
	LEVEMENTE DEPRIMIDO	7 +_ 3
	MUY DEPRIMIDO	12 +_ 2

Un punto por las respuestas negativas, a las preguntas 1, 5, 7, 11, 13.

Un punto por las respuestas positivas a las demás preguntas.

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha----Enero 2010-----

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF N° 9 DE FRONTERA COAHUILA.---

Registrado ante el comité local de investigación o la CNIC con el numero-----506-----el objetivo del estudio es : Conocer la prevalencia de depresión en el adulto mayor se me ha explicado que mi participación consistirá en:-----

-Contestar una)-----Encuesta-----
-----declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes;----- sin ningún inconveniente para mi solo lo que significa llenar la encuesta.-----

----- -El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer al respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matricula del investigador
Responsable _____

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio.
TELÉFONO; 01 866 6 34 52 53

Testigos

Testigo 1

Testigo 2