



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE
QUERÉTARO
SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO
SEDE: SESEQ QUERÉTARO, QUERÉTARO

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
SANTA BARBARA, CORREGIDORA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUAN MANUEL RODRIGUEZ GONZÁLEZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. DICIEMBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
SANTA BARBARA, CORREGIDORA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUAN MANUEL RODRIGUEZ GONZALEZ

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

MTRA. MA DE LOS ANGELES SANTOYO CRISTIANI

SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE SESEQ

DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO

ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS

DRA. MARTHA SILVA MARTÍNEZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. JAVIER LÓPEZ SÁNCHEZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. DICIEMBRE 2017

**“ PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
SANTA BARBARA, CORREGIDORA”**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
SANTA BARBARA, CORREGIDORA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

JUAN MANUEL RODRIGUEZ GONZÁLEZ

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

DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

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

1.	TÍTULO.....	3
2.	ÍNDICE GENERAL	5
3.	AGRADECIMIENTOS.....	6
4.	INTRODUCCION.....	7
5.	MARCO TEÓRICO.....	9
6.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
7.	JUSTIFICACIÓN	
8.	OBJETIVOS	28
	GENERAL	
	ESPECÍFICOS	
9.	METODOLOGÍA.....	29
	TIPO DE ESTUDIO	
	POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	
	TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION.....	
	INFORMACION A RECOLECTAR.....	
	PROCEDIMIENTO PARA CAPTACIÓN DE LA INFORMACION...	
	CONSIDERACIONES ETICA.....	31
10.	RESULTADOS	32
	DESCRIPCIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS	
	TABLAS (CUADROS) Y GRÁFICAS	
11	DISCUSIÓN (ANÁLISIS) DE RESULTADOS ENCONTRADOS.....	46
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, a mi esposa principal pilar de mi vida, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser; gracias a mis profesores Dr. Ramón Alfonso Mancillas Ortiz, Dr. Javier López Sánchez, y Dra. Martha Silva Martínez por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes.

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial ya que implica una mayor demanda de los servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años, presenta tasas más altas de mortalidad y discapacidad.

En 1950, aproximadamente el 8% de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10% y se espera que alcance el 21% para el 2050 (UNDESAPD, 2008).

México no se escapa a este proceso también conocido como “envejecimiento global”, en el 2010 la población de adultos mayores, fue de 9.67 millones, se espera que en el 2025 sea de 18.8 millones y para el 2050 alcance el 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor (CONAPO 2010).

La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores y que algunas capacidades físicas se deterioren y los problemas y los problemas de salud mental se acentúen.

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

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida.

Los trastornos afectivos cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada, constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico². Más de un 20% de este grupo etario puede padecerlos con variados grados de severidad, de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial.

Las manifestaciones se pueden exacerbar (en particular las de enfermedades crónicas) e incrementar la dependencia funcional y el mayor uso de los recursos sanitarios. Por otro lado, los problemas de salud mental muchas veces pasan desapercibidos, no son diagnosticados o son sub-tratados, por lo que la

capacitación a los profesionales en esta área es indispensable para un manejo oportuno y eficiente.

Dentro de los trastornos afectivos más frecuentes se encuentran la depresión y la ansiedad, que frecuentemente coexisten y pueden alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia. Este fenómeno generalmente es subestimado y con frecuencia pasado por alto.

Se ha reportado que la asociación depresión/ansiedad es muy frecuente en el grupo poblacional entre 60 a 75 años, hasta en un 47.5% y se ha reportado que a mayor edad, (75 años y mas) tiende a disminuir su frecuencia.

Se debe de conocer el estado actual de la depresión en adultos mayores, de modo tal que su calidad de vida y la de sus familiares pueda ser preservada o muy poco afectada.^{1,2}

MARCO TEORICO:

DEFINICIÓN:

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano a toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: Tercera edad: 60 – 74 años Cuarta edad: 75 – 89 años Longevos: 90 – 99 años Centenarios Más de 100 años¹.

La OMS refiere que la “proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo”⁵.

Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años⁵.

La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores. En el año 2000, el Censo de Población y Vivienda Mexicano informó que los mayores de 60 años de edad representaban el 13.4% de la población, y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicará en 2025 y representará la cuarta parte de la población mexicana en el año 2050⁵.

Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de las discapacidades en este grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso^{1,3,4}.

Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad, la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este grupo de edad⁴.

El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales, propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda.

Los Factores De Riesgo De Los Trastornos Mentales En Adultos Mayores:

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia⁷.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última^{8,9,10}.

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad⁹.

Actualmente, en México, hay muy pocos estudios científicos publicados sobre la depresión, y menos aún sobre la depresión en adultos mayores. Algunos de estos trabajos han publicado resultados de encuestas que miden la prevalencia de la depresión en este sector de la población¹⁰

DEFINICION

La depresión no es tristeza únicamente, así como no es una parte necesaria del envejecimiento, las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden creer que es inútil reportar sus síntomas^{3,5}.

Se entiende por depresión a aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. Incluso, casos severos de depresión, no tienen causa externa precipitante. El paciente con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida³

PREVALENCIA.

La depresión afecta a más personas de lo que se piensa, se estima que 1 de cada 4 personas pasan por una depresión mayor en algún momento de su vida. En términos generales, se afirma que independientemente del componente depresivo presente en toda enfermedad, la depresión puede afectar a 1 o 2 de cada 10 individuos.^{5,12,14}. La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2da causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida ajustados por discapacidades países occidentales, siendo esta cifra mayor en los países en vías del desarrollo (Lucero R,2006)⁵. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide^{12,13}.

Los trastornos del estado de ánimo y, fundamentalmente, la depresión tienen una elevada prevalencia (con base en su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad). Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento diagnóstico utilizado, sea la entrevista psiquiátrica o la aplicación de escalas de tamizaje, así

como según el grupo poblacional al que se estudie: ancianos en la comunidad, ancianos institucionalizados en residencias o ancianos hospitalizados^{6-12,13}.

La prevalencia de depresión es mayor en las personas consideradas como adultos mayores, de quienes se han notificado cifras de 40 a 70%. Un estudio realizado en México en el 2002, en personas mayores de 60 años de la ciudad de Veracruz, refiere que 57.8% presentó depresión: 46.7% en grado leve y 11.1% en moderado-severo^{12,13}. En México, existen pocos estudios representativos que permitan estimar la prevalencia de sintomatología depresiva entre la población de edad avanzada en la comunidad. Estimaciones preliminares permiten ubicar la prevalencia actual de depresión mayor en alrededor de 11%, con niveles más elevados para los grupos etarios mayores.¹³ Reyes estudió longitudinalmente una población de 5 492 ancianos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mayores de 60 años, representativos del Distrito Federal (DF). En el primer año se encontró una prevalencia de 40% y en el último año, de 43%. Un estudio reciente, también con una muestra probabilística pero que sólo incluyó población de 65 años de edad del DF, encontró una prevalencia de trastornos depresivos en esta población de 12%, correspondiendo 7.9% a los episodios depresivos y 4.4% a la distimia.²² Se han realizado diversas investigaciones a fin de estimar la extensión y las características de los trastornos depresivos en México. Estos estudios se refieren a diversas poblaciones y han empleado diversas estrategias metodológicas e instrumentos⁷⁻¹¹.

En lo que coinciden la mayoría de los estudios y autores es que los trastornos afectivos del anciano están subdiagnosticados y tratados inadecuadamente⁸⁻¹⁰.

Si se analizan los estudios sobre depresión mayor en ancianos en la comunidad que usan para el diagnóstico instrumentos estructurados administrados por especialistas, suelen arrojar tasas de prevalencia significativamente menores (1-3%) que estudios que usan instrumentos dimensionales de tamizaje (screening), como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés), la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en

inglés)¹⁶ o la escala de Koenig, que se basa en la presencia de más o menos síntomas de los llamados “depresivos”⁷⁻¹¹.

CLASIFICACION:

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria, incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitiva, físicas y conductuales.

Seligman decía: “Estado de intenso abatimiento que produce un desgaste de la motivación y una pérdida de interés por la realidad. La persona, además siente aversión por sí misma sintiéndose inútil y culpable”.

Actualmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 refiere diferentes formas-categorías de depresión; de igual forma la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSMIV, por sus siglas en inglés) diferencia cuatro síndromes depresivos «básicos»: depresión mayor, depresión menor, distimia y reacción depresiva.¹⁵

Los criterios para “depresión mayor” según el DSM-IV requieren la presencia de al menos cinco síntomas en un mismo periodo de dos semanas⁵. Estos síntomas deben de ser estado de ánimo deprimido o anhedonia; no deben ser atribuibles a, o sobreimpuestos con síntomas de esquizofrenia, desórdenes ilusionales o trastornos psicóticos no especificados; y debe excluirse que los cinco síntomas se deban a intoxicación por uso de drogas o a alguna otra condición “orgánica”¹⁵. El curso clínico del trastorno depresivo mayor por definición se considera recurrente, de tal suerte que independientemente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias¹⁶.

Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales¹⁶, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global. Las otras

categorías diagnósticas comúnmente asociadas con la depresión incluyen depresión menor y distimia y varían en el número de síntomas, su intensidad y duración. Datos de “Kendler y Gardner, muestran que ni el periodo de dos semanas, ni los cinco síntomas, ni la incapacidad clínica fueron criterios necesarios para predecir episodios depresivos o el riesgo de depresión mayor en un estudio de gemelos”⁶. En cambio, otros estudios muestran que la presencia de algunos síntomas, a pesar de no satisfacer los criterios para el diagnóstico clínico de depresión mayor o distimia, sí está asociada con problemas muy serios de salud mental.

ETIOPATOGENIA:

La depresión del anciano, independientemente de la forma clínica que adopte, ha de considerarse como el resultado de la conjunción de varios factores que actúan en el terreno personal de cada paciente. La interacción biológica, psicológica y social ocurre simultáneamente, y esta interacción es altamente compleja. La depresión no es provocada por un solo factor^{17,18}; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Tampoco hay una respuesta clara que explique porqué unas personas se deprimen y otras no. En algunos casos sucede sin razón aparente y, en otros, se desencadena por un determinado acontecimiento, o por un hecho negativo. La etiología, por tanto se ha relacionado con diversos procesos tales como aspectos biológicos, experiencias tempranas de la vida, eventos estresantes, estilo cognitivo, y pérdida de apoyo. Sin embargo, no es posible explicar la depresión como un fenómeno biológico o psicológico puro. El apoyo social ha sido especialmente estudiado en relación con la depresión, parece estar relacionado con los trastornos psiquiátricos en general, así como con las enfermedades somáticas. Acerca de los factores predisponentes en la depresión, Brown y Harris^{17,18} los dividen en dificultades a largo plazo y factores de vulnerabilidad. Los primeros son circunstancias estresantes prolongadas que pueden, por sí mismas, causar depresión. Los segundos no la causan por sí mismos, pero actúan aumentando el efecto de los acontecimientos vitales. Los factores de vulnerabilidad pueden ser circunstancias vitales particulares de un individuo, o corresponder a

algunas características generales de la sociedad^{17,1,8}. Varios estudios sobre la familia confirman la base hereditaria de la depresión; las personas cuyos parientes cercanos la han sufrido, son más propensas a padecer esta enfermedad. Asimismo entre los gemelos idénticos, si uno de ellos tiene depresión, la probabilidad de que el otro la desarrolle igualmente es de 70%, mientras que el riesgo desciende a 15% para los fraternos y otros hermanos, padres e hijos y sólo llega a 7% para los nietos, sobrinas y sobrinos. Cuando no hay depresión entre los parientes cercanos de una persona, ésta tiene sólo de 2 a 3% de probabilidades de sufrirla. Un mayor apoyo a la heredabilidad de los trastornos afectivos proviene de un reciente informe, según el cual se han localizado uno o más genes asociados a la depresión en un punto específico del cromosoma 6; están localizados junto a un grupo de genes que controla el sistema HLA (complejo mayor de histocompatibilidad) una parte del sistema inmunológico corporal. La depresión puede estar relacionada con el sistema inmunológico de un individuo afectado. Se atribuye la enfermedad a un mal funcionamiento de los neurotransmisores, sustancias químicas del cerebro que estimulan tanto como inhiben a otras células. Un grupo de neurotransmisores, en particular serotonina, dopamina y norepinefrina, conocidos como aminas biógenas, se consideran implicados en el origen de la depresión; la escasez de estas aminas enviadas a través del cerebro puede causar depresión, mientras que un exceso puede producir un estado maníaco. Las investigaciones que apoyan esta teoría concuerdan con el descubrimiento de que si se estimulan con corriente eléctrica ciertas partes del cerebro de los animales y de los seres humanos, se puede producir una sensación muy placentera, mientras que extrayendo las aminas biógenas del cerebro se logran disminuir los efectos de este tipo de estimulación.

Otros cambios fisiológicos relacionados con la depresión son un aumento de la tensión muscular y la aceleración de la tasa cardíaca y de la respiración, un desequilibrio de la carga eléctrica del sistema nervioso, fruto de un aumento de la retención de sal y aumentos en la producción de una hormona, el cortisol⁷. Tanto la teoría cognitiva de Aaron Beck,¹⁷ como la teoría de la indefensión aprendida de Martin EP Seligmann, se apoyan en la manera como interpretamos las experiencias de la vida. En su opinión, el depresivo sufre un trastorno básico de pensamiento:

exagera los fallos, interpreta mal las afirmaciones sobre su ser para llegar a creer que es malo, ve el lado negativo de las experiencias ordinarias y ve con pesimismo el futuro. Según Beck, esto se debe a que sufre una disfunción cognitiva y emocional.

FORMAS CLÍNICAS:

Depresión de inicio tardío: A lo largo de diferentes estudios se ha ido distinguiendo entre una serie de procesos depresivos que han comenzado en edades tardías de aquellos que comenzaron en la edad adulta y cuyas recurrencias también pueden aparecer en edades tardías. Parecen ser procesos, etiopatogénicamente, distintos. La depresión de inicio tardío suele tener menor carga genética (menos historia familiar de depresión), pero una mayor prevalencia de déficits cognitivos, recurrencias, comorbilidad médica y mortalidad. El estudio de neuroimagen de estos pacientes suele mostrar mayor grado de atrofia córtico-subcortical y un exceso de señales hiperintensas en sustancia blanca y ganglios basales, que son indicativos de patología vascular cerebral, de ahí que a esta forma de depresión se le conozca como depresión vascular, tiene peor respuesta al tratamiento antidepressivo, así como una peor evolución.

Depresión menor: Como entidad clínica, es difícilmente encuadrable en las clasificaciones actuales y podría situarse dentro de la depresión breve o trastorno depresivo breve recurrente (incluye síntomas depresivos moderadamente graves que son coherentes con los criterios del DSM-IV, excepto por su duración), con remisión parcial o pródromos de depresión mayor, distimia, trastornos debidos a enfermedades somáticas o bien algunos de los antiguos diagnósticos CIE-9, como personalidad depresiva. En la última edición del DSM-IV ya aparece propuesto el diagnóstico de depresión menor. Para ser diagnosticado de depresión menor, el paciente ha de sufrir un trastorno durante dos o más semanas, con tres de los criterios de depresión mayor.

Depresión mayor: Por definición se considera recurrente, de tal suerte que independiente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y

recurrencias.⁷ Las investigaciones muestran que el curso de la depresión en ancianos varía de un estudio a otro. Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global.^{17,18,19}

Características de la depresión en el anciano:

Los cuatro síntomas cardinales de la depresión son: ansiedad, afecto deprimido, retardo psicomotriz y síntomas somáticos. Además suele haber un grado variable de alteración cognoscitiva y puede haber síntomas psicóticos. En los ancianos hay ciertas peculiaridades: 1. La ansiedad suele ser notificada por hasta 15% de los mayores, lo cual corresponde a la prevalencia de depresión en tal grupo de edad, hay una elevada prevalencia de ansiedad en los ancianos con depresión mayor, que es menos pronunciada en el joven. 2. Las personas de edad, por otra parte, tienden a no informar sobre las alteraciones del afecto por considerarlas parte del proceso de envejecimiento. 3. El retardo psicomotor usualmente flagrante en el joven, puede no ser tan obvio en alguien de mayor edad, y es así que los marcadores cardinales de la depresión pueden quedar enmascarados. 4. Los síntomas somáticos suelen ser prominentes en la depresión geriátrica. Los más comúnmente referidos son: astenia, cefalea, palpitaciones, dolor generalizado, mareo, disnea y trastornos funcionales digestivos. 5. Las alteraciones cognoscitivas suelen ser más obvias en el anciano, en particular si hay deterioro asociado. La pseudo-demencia depresiva debe ser cuidadosamente diferenciada de los pródromos de demencia, en donde el enfermo carece manifiestamente de insight. 6. La ideación pesimista es común, y puede alcanzar niveles paranoicos. 7. Asimismo la ocurrencia de hipocondriasis es frecuente y las alucinaciones pueden observarse en casos graves.^{18,19}

FACTORES ASOCIADOS

Como resumen de los diferentes estudios epidemiológicos, podríamos señalar que entre 10 y 15% de los ancianos que viven en la comunidad tienen algún grado de

sintomatología depresiva en un momento determinado, pero sólo alrededor de 3% tienen enfermedad depresiva.¹⁷⁻²⁰ Existen varios factores que hay que tener en cuenta al hablar de depresión en el anciano, entre ellos:

1. Edad. Aunque existen estudios que señalan que la depresión parece ser más importante en términos numéricos entre los ancianos más viejos, existen otros muchos estudios que señalan cifras similares de depresión entre ancianos mayores de 75 años y aquellos entre 65 y 74 años.
2. Sexo. La sintomatología depresiva es mayor en mujeres que en hombres, aunque esta diferencia es menos marcada para las formas severas de depresión.
3. Lugar. La mayor parte de los estudios de depresión en el anciano han sido realizados en la comunidad, no obstante la prevalencia de depresión varía en función de la localización del anciano.
4. Existencia de patología concomitante. Muchas depresiones en el anciano se complican con otras enfermedades psiquiátricas y neurológicas subyacentes. Allen y Burns,^{17,20} en 1995, calcularon la prevalencia de depresión moderada y severa hasta en 20% de los enfermos con demencia tipo Alzheimer, cifra que es considerablemente mayor que la encontrada en sujetos ancianos en la comunidad cruzados para el mismo sexo y edad. La depresión es probablemente más frecuente en enfermos con demencia vascular, que con Alzheimer.

Así, los factores de riesgo para la depresión mencionados más a menudo en la bibliografía al respecto, son de naturaleza sociodemográfica. Entre los más importantes son: ser mujer, tener un nivel socioeconómico bajo y una baja escolaridad. La medición del nivel socioeconómico se lleva a cabo en base a la capacidad de poder adquisitivo de la familia. En cuanto a cantidad de salarios mínimos recibidos al día por el jefe de la familia al momento de la entrevista: muy bajo (0 a 1.0), bajo (1.1 a 2.0), medio (2.1 a 3.0), medio alto (3.1 a 4.0) y alto (4.1 ó >). Evaluado con el índice propuesto por Quibrera⁽¹⁹⁾ Llama la atención el hecho de que, durante los últimos 30 años, en la bibliografía especializada se ha hecho mención constante a las tasas de incidencia y prevalencia de trastornos depresivos, las cuales son significativamente más altas entre las mujeres que entre los hombres. Según algunos datos, los niños que sufren a una edad temprana la pérdida de

personas importantes, sobre todo de sus padres, son a veces más propensos a desarrollar posteriormente una depresión. Las dificultades de relación, los problemas de comunicación y los conflictos con la familia, con los compañeros de trabajo o con otras personas pueden también contribuir, así como la soledad, la alienación y consiguiente depresión. Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida tienen igualmente un efecto importante. La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe de sus relaciones personales puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión. Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea con su cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión. Esta situación puede combinarse con factores como el maltrato. Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión, tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge¹⁷.

Abuso del alcohol. Este puede provenir del intento de una persona de «enmascarar» sus síntomas depresivos, y agravar un episodio de depresión. En todo caso, el abuso del alcohol puede desembocar en una depresión en personas vulnerables. Si se consumen cantidades excesivas de alcohol en combinación con otras sustancias adictivas, existe el riesgo de una interacción que acentúe la depresión o genere otros efectos nocivos.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia clínica y una exploración concienzuda que incluya una valoración neurológica y del estado mental. Es importante destacar, de cara al diagnóstico, que la presentación de la depresión en el anciano puede ser en forma de múltiples quejas somáticas. Para el diagnóstico de la depresión se suele recurrir al empleo de pruebas de detección como instrumentos de valoración útiles, sin embargo, hemos de tener en cuenta que son herramientas de detección selectiva y no deben suplir la evaluación y la interacción con el paciente y sus familiares. En la actualidad se cuenta con una buena cantidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la

depresión, los cuales han sido validados y utilizados extensamente en poblaciones diversas ²⁰.

No obstante, otros instrumentos para la detección de depresión se han utilizado en los últimos 40 años, como la Escala de auto-evaluación de Zung, la escala de depresión de Hamilton, o el inventario de depresión de Beck. Sin embargo, ninguna de estas escalas tiene la suficiente sensibilidad ni especificidad para considerarlos como instrumentos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión en el anciano^{17,20}.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) surgió en 1982 en respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección ⁸⁻¹⁰. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (CCI interjuez de 0.80 a 0.95 y $r = 0.85$ a 0.98 para la prueba contra prueba)^{8,9,15} y distintos tipos de validez. Versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado ser válidas y confiables, con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.9 (Almeida & Almeida 1999, Cheng & Chan 2004, De Dios, Hernández, Rexach & Cruz 2001, Hoyl, Valenzuela & Marín 2000, Sutcliffe et al 2000, Van Marwijk et al 1995 En un estudio con población geriátrica ²¹.

ESCALA PARA DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS-15)

La GDS-15 consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para aplicar esta escala se necesitan cinco minutos, en promedio (Sheik & Yesavage, 1986), es de las más usadas en el cribado de depresión en pacientes mayores, consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta sí/no. Se valora con un punto tanto las respuestas afirmativas para síntomas negativos, como las respuestas negativas para situaciones de normalidad. Existen dos versiones, una completa que consta de 30 ítems y una versión reducida con 15. En la versión

reducida las puntuaciones por encima de 5 deben hacer pensar en la posible existencia de depresión, mientras que puntuaciones de 10 o más son muy sugerentes de un proceso depresivo establecido²¹.

TRATAMIENTO:

En general, el abordaje terapéutico de la depresión del anciano no difiere del de un adulto joven⁷. Por tanto, se dispone de técnicas de psicoterapia, psicosociales, y fármacos antidepressivos. La psicoterapia suele mostrarse muy útil en depresiones leves con poco tiempo de evolución y cuando no hay síntomas melancólicos significativos. Cuando se combina con antidepressivos puede mejorar a pacientes con depresión grave. Se consideran más efectivas las terapias conductual y cognitiva, que las de orientación no directiva o analítica, ya que ayudan a reintegrar al paciente a su ambiente social y prevenir recaídas. La mayoría de los antidepressivos han demostrado su efectividad en la población anciana. El antidepressivo ideal para usar en ancianos debiera no ser cardiotoxico, carecer de efectos ortostáticos, tener un bajo poder sedativo, no interferir en la memoria y no provocar alteraciones funcionales¹⁷. La subutilización de antidepressivos y la prescripción inadecuada de las dosis son los errores más comunes de los médicos cuando se trata de pacientes adultos mayores^{1,7}. La terapia electroconvulsiva es una forma de tratamiento eficaz, y es muy eficaz ante determinadas formas de depresión mayor y trastornos psicóticos. Con los métodos actuales, uso bajo anestesia y aplicación de fármacos que actúan sobre la placa neuromuscular, se ha convertido en un método seguro; esto permite su utilización con ciertos pacientes ancianos. La terapia electroconvulsiva induce mejoría en aproximadamente 80% de los pacientes que no responden a antidepressivos. Los principales problemas del uso de esta terapia se asocian a la posibilidad de inducir alteraciones cardíacas y a la aparición de amnesia aguda, que suele mejorar y, a veces, sólo deja leves pérdidas^{17,22}.

DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO

Dos estudios en poblaciones grandes notifican que la depresión explica cerca de 1% de la varianza en el desempeño cognitivo ¹⁷ y en otro estudio se informa que entre 3 y 16% en adultos de 60 a 90 años. Recientemente, las investigaciones han buscado esclarecer si la relación entre depresión y diversas formas de demencia son independientes de problemas vasculares. Asimismo, se interesan por el papel específico de lesiones en la corteza, proponiendo que la depresión secundaria a esas lesiones constituiría una manifestación temprana del desarrollo de demencia⁷. La evidencia aún es contradictoria y las investigaciones concluyen en la necesidad de realizar nuevos estudios que abarquen otras poblaciones, con enfoques diversos y con apoyo de técnicas avanzadas de neurodiagnóstico.

COMORBILIDAD:

La evidencia científica donde se vincula a la depresión con otros problemas de salud es sorprendente. Ejemplos de problemas de salud que la investigación empírica encuentra asociados con la depresión incluyen trastornos de ansiedad, uso de drogas, suicidio, enfermedades del corazón (especialmente, infarto al miocardio), pobre respuesta inmunológica, dolor crónico, así como problemas gastrointestinales, entre otros⁷. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial han sido identificadas como prioridades nacionales para la atención en salud, por ocupar lugares preponderantes en la mortalidad, morbilidad e incapacidad. Su atención, además, se incluye entre las de mayor costo para los sistemas de seguros del país^{1,7}. En este contexto, es importante hacer notar investigaciones que documentan las relaciones de esos problemas de salud con la depresión y las que aportan evidencia empírica sobre los beneficios de lograr reducciones en cuanto a la sintomatología depresiva de los pacientes.

PRONÓSTICO:

El pronóstico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es favorable cuando se realiza un diagnóstico preciso y un manejo integral, considerando factores biológicos y psicosociales, así como cuando su duración es por un período de tiempo adecuado. Sin duda, se alcanzan mejores resultados cuando el paciente

tiene un empleo, vive en comunidad con otros familiares, goza de un adecuado apoyo social, y durante el último año ha presentado pocos estresores vitales o cambios importantes en su vida, además de no existir otra condición médica incapacitante asociada y se realiza un cuidadoso seguimiento. La edad en que se presenta el primer episodio depresivo puede ser un predictor importante de pronóstico, lo mismo que la edad del adulto mayor para el episodio depresivo actual^{17,23,24}. En algunos estudios se ha observado que los pacientes adultos mayores presentan un pronóstico más favorable que los pacientes adultos jóvenes. Otros concluyen que la edad avanzada se asocia con síntomas depresivos persistentes¹⁸. En tanto que otros investigadores muestran que el inicio temprano o tardío de la depresión no guarda relación con el pronóstico. No obstante, las evidencias más recientes señalan que la depresión de inicio tardío guarda una asociación importante con cambios vasculares cerebrales que, en general, ensombrecen el pronóstico de la depresión geriátrica¹⁹. Algunos datos sugieren que las características del episodio depresivo pueden predecir la evolución. Se ha observado en adultos jóvenes que la presencia de síntomas psicóticos, como ideación delirante, se asocia a un pronóstico menos favorable a corto plazo. Igualmente, el pronóstico es peor en aquellos cuadros caracterizados por la presencia de agitación motora^{20,23,24}. En general, se considera que los adultos mayores deprimidos con síntomas psicóticos, por definición, presentan un episodio más severo y tienen historia de un mayor número de episodios depresivos previos que los pacientes con depresión sin psicosis. Además, estos pacientes con síntomas psicóticos presentan una respuesta más lenta a las intervenciones farmacológicas y muestran un riesgo mayor de recaída o recurrencia²¹. De la misma forma, en pacientes geriátricos se ha sugerido que la presencia de síntomas ansiosos importantes asociados al episodio depresivo se relaciona con un pronóstico menos favorable, debido a la menor respuesta a algunos antidepresivos. Asimismo, se ha documentado que los pacientes con marcada desesperanza muestran un pronóstico menos favorable, este grupo de pacientes es más dado a abandonar el tratamiento, a los intentos suicidas y a consumir el suicidio. Del mismo modo, se ha informado que el deterioro cognoscitivo asociado con un episodio

depresivo se considera habitualmente como un indicador de mal pronóstico en adultos mayores²². El episodio depresivo que se acompaña de importante deterioro cognoscitivo, como compromiso importante de la memoria, explicado por una variedad de cambios fisiológicos, puede ser el pródrómo de una demencia y generalmente indica un pronóstico desfavorable^{17,22}. A su vez, los episodios depresivos en pacientes con diagnóstico de demencia afectan en forma negativa el curso de esta última. Los pacientes con demencia tipo Alzheimer con depresión mayor asociada, muestran mayores limitaciones en su funcionamiento global y en sus actividades de la vida cotidiana. Igualmente, el número de episodios depresivos previos y la duración del episodio actual pueden ser indicadores de pronóstico en adultos mayores. Se ha observado que a mayor duración del episodio depresivo al momento del diagnóstico y mayor número de episodios previos, el pronóstico es menos favorable. El tratamiento es otro factor importante determinante del pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos. Los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad. No obstante, algunos investigadores muestran que sólo una décima parte de los adultos mayores deprimidos residentes en comunidad reciben el manejo farmacológico indicado; además, de este grupo sólo una cuarta parte recibe dosis antidepressiva en el rango terapéutico; y concluyen que el tratamiento antidepressivo con dosis sub-óptimas se asocia a un pobre pronóstico, es decir, presentan pobre respuesta o remisión incompleta de los síntomas^{17,22,23,24}. De igual forma, algunos investigadores concluyen que el pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos que reciben tratamiento en forma adecuada es similar al observado en poblaciones jóvenes. Este pronóstico mejora en forma importante cuando se combina farmacoterapia y psicoterapia. No obstante, es pertinente tener presente la duración y la continuación del tratamiento. Los pacientes ancianos responden en forma más lenta al tratamiento farmacológico, siendo necesario esperar un tiempo prudente para observar la respuesta deseada²². Algunos estudios informan que hay una relación directa entre la puntuación en síntomas depresivos y la condición de salud del evaluado. Se ha notificado que los ancianos que describen su estado de salud como pobre tienen menores probabilidades de recuperarse totalmente de un

episodio depresivo, a pesar de un adecuado tratamiento. Asimismo, las investigaciones muestran que el curso de la depresión es más desfavorable en aquellos pacientes que presentan depresión secundaria a otra patología médica.

MORTALIDAD

La depresión en geriatría ha sido asociada con una elevada mortalidad, es decir, incrementa de manera ostensible el riesgo de morir, por varios factores. Aún después de controlar las muertes por suicidio esto no se explica satisfactoriamente por el alto porcentaje de enfermedades físicas entre los pacientes ancianos. Los ancianos deprimidos tienen estancias hospitalarias más prolongadas y se adhieren con mayor dificultad a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Por ejemplo, la presencia de depresión en pacientes con enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o infarto del miocardio se asocia a una mayor morbimortalidad. Sin considerar la edad, los trastornos mentales son un factor de riesgo para la consumación del suicidio. El riesgo de suicidio se incrementa en forma considerable en aquellas personas que presentan síntomas depresivos importantes o un franco episodio depresivo mayor. No obstante, en ancianos es preciso considerar otros factores, entre otros, la existencia de pareja, el estado general de salud y la red de apoyo social. Habitualmente los pacientes geriátricos con historia de intentos de suicidio previos consultan con frecuencia los servicios de psiquiatría, ya que presentan depresión de larga evolución. Además, un estudio informa que 60% de los ancianos que se suicidaron estaban deprimidos, y sólo 25% de los mismos recibía tratamiento antidepressivo en el momento en que consumaron el suicidio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia del diagnóstico de depresión en pacientes adultos mayores adscritos al centro de salud de Santa Bárbara?

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS CERO: (por ser un estudio descriptivo no requiere hipótesis)

El diagnóstico de depresión en adultos mayores se encuentra subdiagnosticado en el centro de salud Santa Bárbara.

HIPÓTESIS NULA:

El diagnóstico de depresión en adultos mayores no se encuentra subdiagnosticado en la unidad de Santa Bárbara.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2006) menciona que la depresión en ancianos no se diagnostica en fases tempranas y por lo tanto, esto favorece una mayor discapacidad.

Es importante también considerar que la depresión causa no sólo elevados costos en la atención, sino también considerable dolor, sufrimiento, e incapacidad entre quienes la padecen y entre sus familiares. Un estudio en 14 países y 25 916 pacientes mostró que el nivel de incapacidad asociado a la depresión era comparable, o mayor, al causado por otras condiciones médicas crónicas. Asimismo, las investigaciones han mostrado que las personas con depresión tienden a ser usuarios más frecuentes de los servicios de salud psiquiátricos y no psiquiátricos. Se ha observado que los costos de atención a adultos mayores con sintomatología depresiva fueron aproximadamente 50% mayores que los costos para pacientes sin sintomatología depresiva, y la diferencia mantuvo significancia estadística aún después de controlar por diferencias de edad, sexo, y condiciones crónicas de salud.

OBJETIVO GENERAL.

- Describir la frecuencia de presentación de depresión en el adulto mayor en el Centro Medico De Santa Bárbara.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características socio-demográficas (edad, ocupación, estado civil, género, escolaridad, nivel socioeconómico) de los pacientes adultos mayores portadores de depresión.
- Conocer la presencia de comorbilidad como alcoholismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos de ansiedad, uso de drogas, enfermedad del corazón, dolor crónico, osteoartritis degenerativa, de los pacientes adultos mayores portadores de depresión.
- Identificar en que estadio de depresión se encontraron (leve o establecida) o no presentaban depresión (normal)
- Conocer el nivel socioeconómico.
- Determinar la tipología familiar en base a su demografía e integración.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño de estudio. Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo
2. Ámbito. Centro de Salud de Santa Bárbara. Municipio de Corregidora
3. Fecha de inicio y conclusión. Se realizó de Julio del 2017- Noviembre del 2017
4. Universo y tamaño de la muestra de estudio.
 - a. Paciente adulto mayor que cumplió con los criterios de inclusión

- b. Tamaño de la Muestra: se tomó en cuenta una población de 2000 adultos mayores adscritos al centro de salud de Santa Bárbara, de donde se realizó, una muestra utilizando la fórmula para calcular las poblaciones finitas, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza 90% resultando un total de 236 pacientes adultos mayores

METODO O PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR DATOS:

Se trató de un estudio Observacional, descriptivo, transversal, se utilizó la fórmula de las poblaciones infinitas para el cálculo del tamaño de la muestra, y el muestreo se realizó por selección de conveniencia, no probabilístico.

En este estudio se incluyeron 226 pacientes adultos mayores. De acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Se incluyó a todo paciente derechohabiente del centro de salud de Santa Bárbara municipio de corregidora Querétaro. Durante el periodo comprendido entre los meses de Julio del 2017 a Noviembre del 2017.

Se realizó la recolección de los datos, por selección de conveniencia, en pacientes adultos mayores.

Criterios de exclusión. Se excluyeron del estudio a los pacientes con otras patologías, con diagnóstico de trastorno psiquiátrico (síndrome depresivo, esquizofrenia, trastorno bipolar) registrado en el expediente clínico, o que presenten deterioro auditivo importante y que no desearon participar.

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité Local de investigación y todos los pacientes dieron su consentimiento por escrito, después de ser informados.

Se aplicó el instrumento para evaluar depresión, la ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE (GDS VERSION REDUCIDA) que consistió de 15 preguntas, 10 indicaron la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaron depresión cuando se respondían negativamente.

El puntaje de 0-4 se consideró normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indico depresión leve; 9-11 indico depresión moderada; y 12-15 indico depresión severa. Se completó en un lapso de en 5 a 7 minutos.

Con los cuestionarios completos se integró una base de datos SPSS VERSION 22 para Windows.

El análisis estadístico de los datos se realizó por análisis de varianza, y se consideraron sólo aquellos pacientes que terminaron los cuestionarios completos.

Ya integrados los datos se determinaron las características sociodemográficas y de tipología familiar, estado civil, comorbilidades (enfermedades crónicas).

Al término del procesamiento de los datos se dieron a conocer los resultados para tomar las previsiones necesarias y el manejo adecuado del paciente adulto mayor con depresión. Mediante una plática informativa de este manuscrito al personal médico adscrito a esta unidad.

RECURSOS

Físicos.- Centro de Salud de Santa Bárbara municipio de Corregidora Querétaro.

Humanos.- 1 Médico residente de medicina familiar.

Materiales.- 1 computadora

1 impresora + 2 cartuchos de tinta

1000 Hojas papel bond tamaño carta

2 Tablas de apoyo para escritura

Financieros.- Proporcionados por el investigador

CONSIDERACIONES ETICAS

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

El estudio se basa en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial- Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas-Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

Todos los pacientes recibirán una carta de consentimiento informado antes de iniciar el estudio que incluirá una justificación del trabajo de investigación así como una cláusula de confidencialidad.

A todos se les convocará a una plática diseñada para explicar las características de la enfermedad que será ofrecida por el investigador en las instalaciones del centro de salud de Santa Bárbara. Los pacientes que presenten alteraciones importantes resultantes en el estudio si así lo desean, serán reportados con su médico familiar para que éste los canalice con el especialista más adecuado.

RESULTADOS:

Cuadro y grafica N° 1

Se estudió una población de 237 adultos mayores de 60 años de edad, siendo la mínima de 60 años y la máxima de 84 años, con una edad media de 69.94 años, una desviación estándar de 5.4, una mediana de 69 y una moda 67.

Cuadro y grafica N° 2.

En cuanto al género se observó que en un 27% (64 pacientes) correspondían al género masculino y en un 73%(173) al género femenino.

Cuadro y grafica N° 3.

De acuerdo a su ocupación se encontró que; el 70.9% (168) eran amas de casa, el 12.2% (29) empleados de comercio, 5.9% (14) obreros, 5.5% (13) comerciantes, 4.6% (11) campesinos, 0.8% (2) empleados de gobierno.

Cuadro y grafica N° 4.

Con relación al grado de estudios, se encontró que el 49.8% (118) tenían primaria, 36.7 % (87) analfabetas, 8.4% (20) secundaria, 2.1% (5) preparatoria, 1.3% (3) técnica profesional, 0.8% (2) profesionales, 0.4% (1) carrera técnica.

Cuadro y grafica N° 5.

En el nivel socio económico fue 95.4% (226) bajo, 2.5% (6) medio, 1.7% (4) muy bajo, 0.4% (1) media alta.

Cuadro y grafica N° 6.

En cuanto a su estado civil se observó que un 9.7% estaba soltero, mientras un 59.9%refierio estar casado, así como un 25.7% se encontraba viudo ya en este momento, un 3.4% se encuentra divorciado y un 1.7% en unión libre.

Cuadro y grafica N° 7.

En cuanto a su hábito alcohólico se observó que en un 0.42% consumían alcohol y el 99.58% no consumían alcohol.

Cuadro y grafica N° 8.

En base a la tipología familiar en base a su demografía observada fue en un 73.42% urbana y un 26,58% rural.

Cuadro y grafica N° 9.

En base a su integración se observó que en una gran parte de la población se desarrolla en un 72.5% y en familia semi-integrada en un 2.11%, así como solo un 25.74% se desarrollan en una familia desintegrada.

Cuadro y grafica N° 10.

Se observa que el 73.4% presentan patologías asociadas y el 26.16% no presentaron patologías asociadas.

Cuadro y graficas N° 11.

En cuanto a la puntuación obtenida en la escala de depresión de Yesavage para estatificación se observó que un 35.4% no se encontraban deprimidos mientras que un 28.7% se encontró con depresión leve, un 35.9% se observó con depresión establecida.

Al momento de presentar correlaciones bivariadas se observa que no existe correlación entre la edad presentada con la presencia de depresión con una p Pearson de 0.003 y una significancia bilateral del 0.965

		EDAD	DEPRESION
EDAD	Correlación de Pearson	1	,003
	Sig. (bilateral)		,965
	N	237	237
DEPRESION	Correlación de Pearson	,003	1
	Sig. (bilateral)	,965	
	N	237	237

Correlaciones.

Correlaciones

		DEPRESION	OCUPACION	GENERO	ESCOLARIDAD	NIVEL SOCIOECONOMICO	HABITO ALCOHOLICO	TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DEMOGRAFIA	TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU INTEGRACION	PATOLOGIAS ASOCIADAS
DEPRESION	Correlación de Pearson	1	-.341**	.341**	-.089	-.062	-.077	.065	.392**	-.151*
	Sig. (unilateral)		.000	.000	.086	.170	.120	.160	.000	.010
	N	237	237	237	237	237	237	237	237	237
OCUPACION	Correlación de Pearson	-.341**	1	-.763**	.195*	.047	-.192**	.072	-.081	.024
	Sig. (unilateral)	.000		.000	.001	.235	.002	.134	.106	.356
	N	237	237	237	237	237	237	237	237	237
GENERO	Correlación de Pearson	.341**	-.763**	1	-.152**	-.036	.107	.022	.025	-.027
	Sig. (unilateral)	.000	.000		.009	.290	.050	.369	.351	.339
	N	237	237	237	237	237	237	237	237	237
ESCOLARIDAD	Correlación de Pearson	-.089	.195**	-.152**	1	.663**	.055	-.271**	-.032	-.056
	Sig. (unilateral)	.086	.001	.009		.000	.201	.000	.311	.195
	N	237	237	237	237	237	237	237	237	237
NIVEL SOCIOECONOMICO	Correlación de Pearson	-.062	.047	-.036	.663**	1	.273**	-.199**	-.003	-.002
	Sig. (unilateral)	.170	.235	.290	.000		.000	.001	.483	.489
	N	237	237	237	237	237	237	237	237	237
HABITO ALCOHOLICO	Correlación de Pearson	-.077	-.192**	.107	.055	.273**	1	-.108*	-.109*	.039
	Sig. (unilateral)	.120	.002	.050	.201	.000		.048	.047	.276
	N	237	237	237	237	237	237	237	237	237
TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DEMOGRAFIA	Correlación de Pearson	.065	.072	.022	-.271**	-.199**	-.108*	1	.079	.033
	Sig. (unilateral)	.160	.134	.369	.000	.001	.048		.112	.307
	N	237	237	237	237	237	237	237	237	237
TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU INTEGRACION	Correlación de Pearson	.392**	-.081	.025	-.032	-.003	-.109*	.079	1	.118*
	Sig. (unilateral)	.000	.106	.351	.311	.483	.047	.112		.034
	N	237	237	237	237	237	237	237	237	237
PATOLOGIAS ASOCIADAS	Correlación de Pearson	-.151*	.024	-.027	-.056	-.002	.039	.033	.118*	1
	Sig. (unilateral)	.010	.356	.339	.195	.489	.276	.307	.034	
	N	237	237	237	237	237	237	237	237	237

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (1 cola).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (1 cola).

CUADROS Y GRAFICAS.

Cuadro N° 1

Edad en años del grupo de estudio

N	Válido	237
	Perdidos	0
Media		69,94
Mediana		69,00
Moda		67
Desviación estándar		5,412
Mínimo		60
Máximo		84

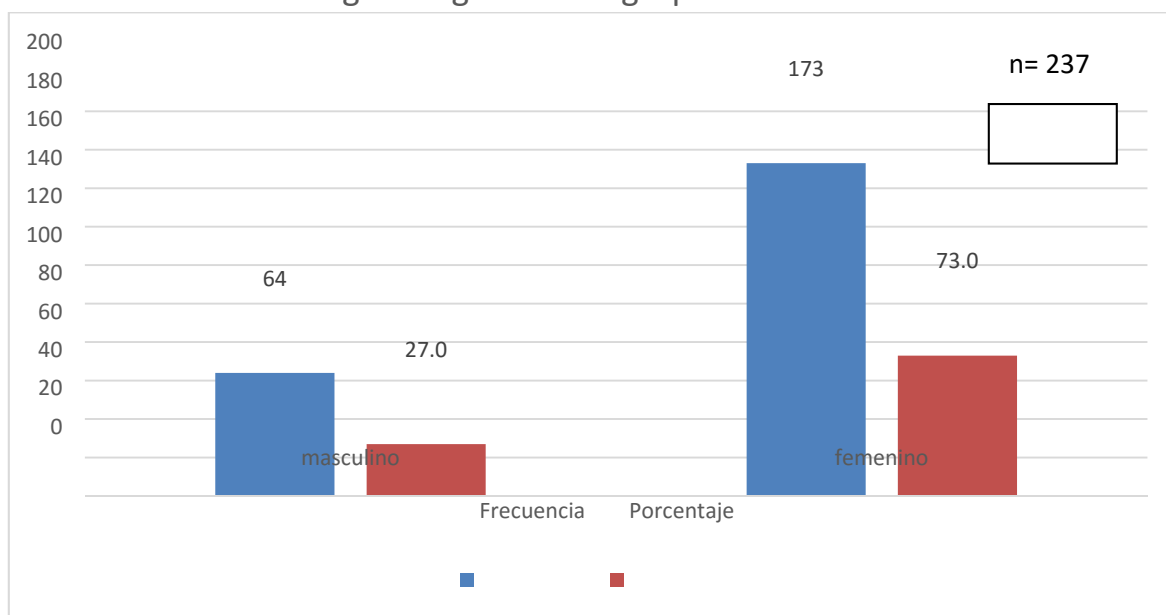
Fuente: cuestionario de investigación

GENERO DEL GRUPO DE ESTUDIO

	Frecuencia	Porcentaje
masculino	64	27,0
femenino	173	73,0
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación

Según el genero del grupo de estudio

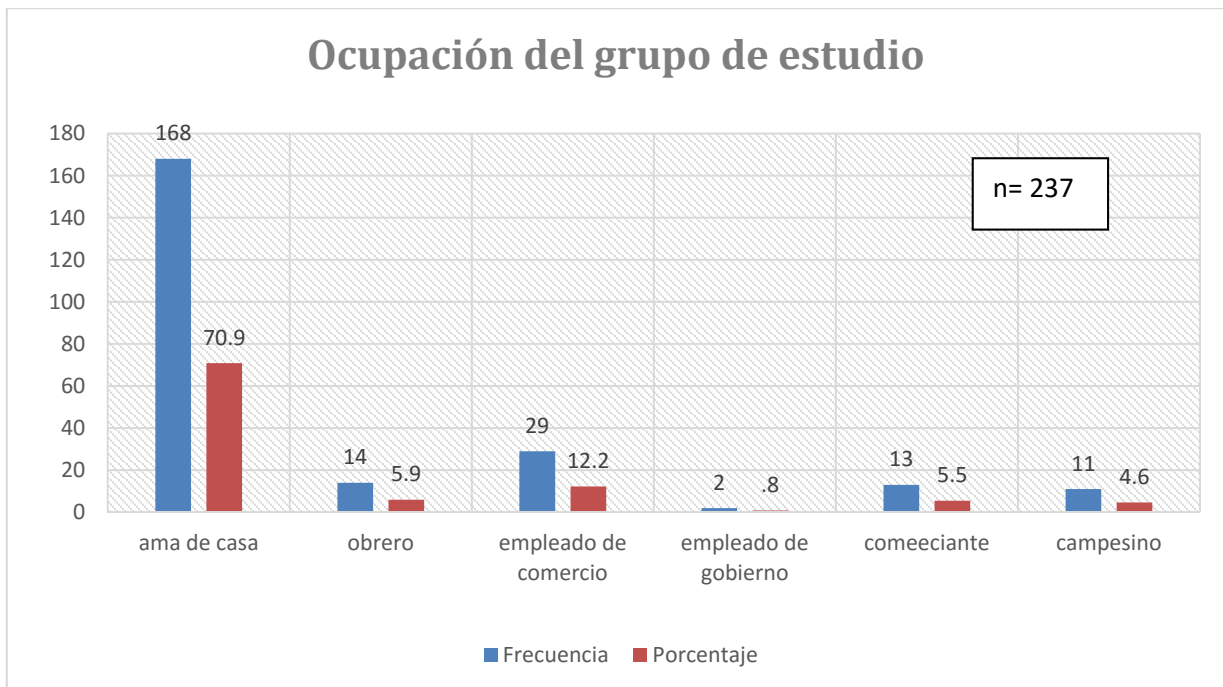


Fuente: cuestionario de investigación

OCUPACION DEL GRUPO DE ESTUDIO

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	168	70,9
OBRERO	14	5,9
EMPLEADO DE COMERCIO	29	12,2
EMPLEADO DE GOBIERNO	2	0,8
COMERCIANTE	13	5,5
CAMPESINO	11	4,6
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación



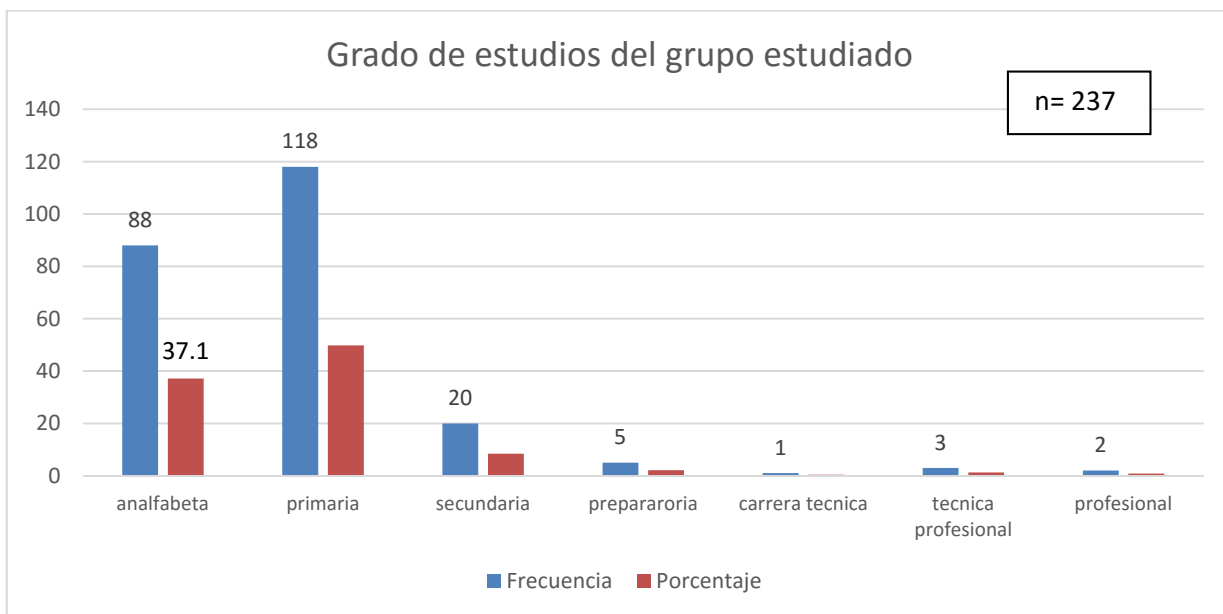
Fuente: cuestionario de investigación

Cuadro y grafica N°4.

ESCOLARIDAD DEL GRUPO DE ESTUDIO.

	Frecuencia	Porcentaje
analfabeta	88	37,1
primaria	118	49,8
secundaria	20	8,4
preparatoria	5	2,1
carrera técnica	1	0,4
técnica profesional	3	1,3
profesional	2	0,8
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación



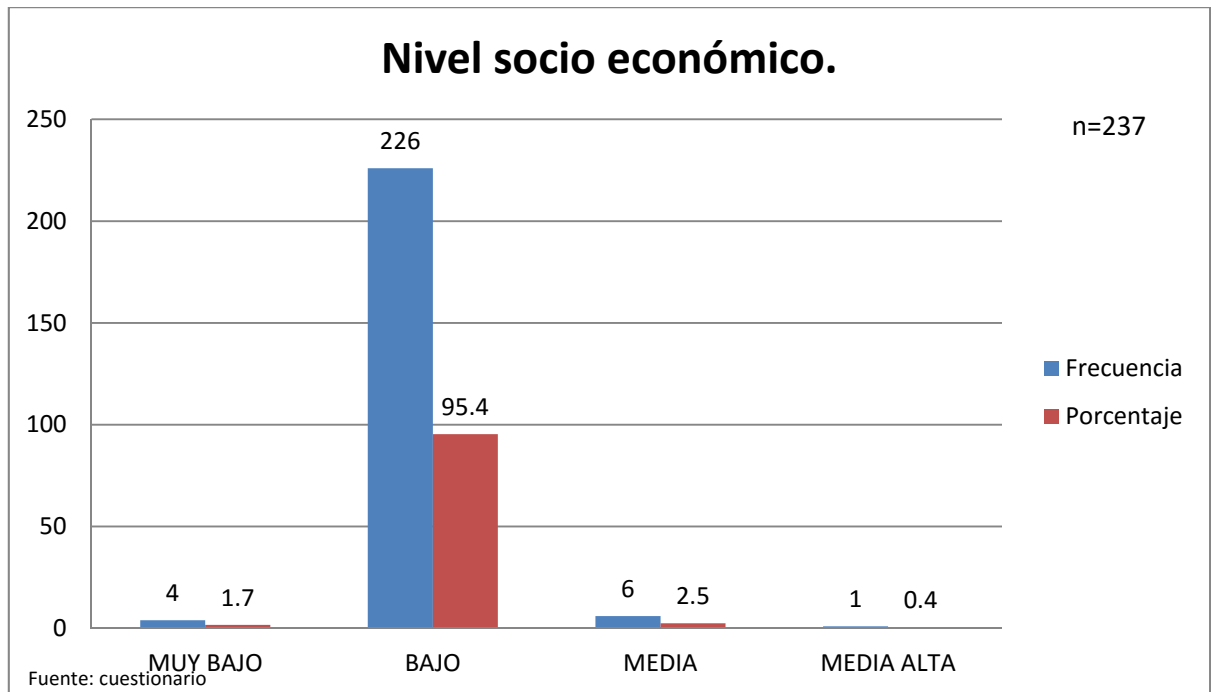
Fuente: cuestionario de investigación

Cuadro y grafica N° 5.

Nivel socioeconómico del grupo de estudio.

NIVEL SOCIOECONOMICO	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO	4	1,7
BAJO	226	95,4
MEDIA	6	2,5
MEDIA ALTA	1	0,4
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación

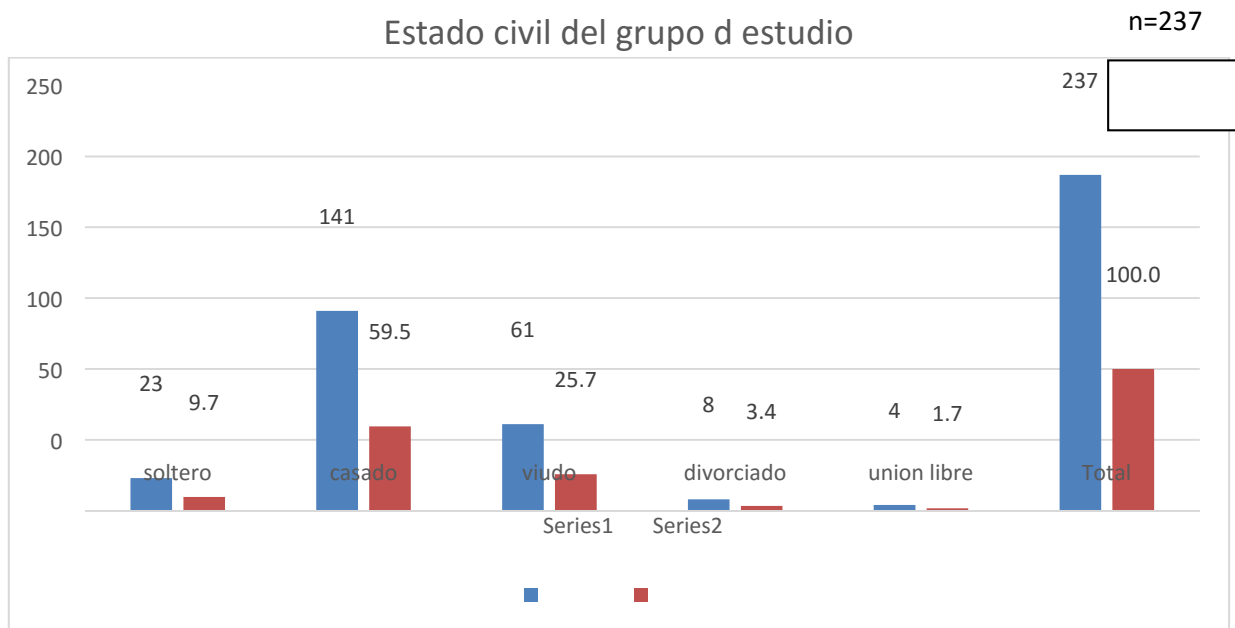


Cuadro y grafica N° 6.

Estado civil del grupo de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
soltero	23	9,7
casado	141	59,5
viudo	61	25,7
divorciado	8	3,4
unión libre	4	1,7
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación



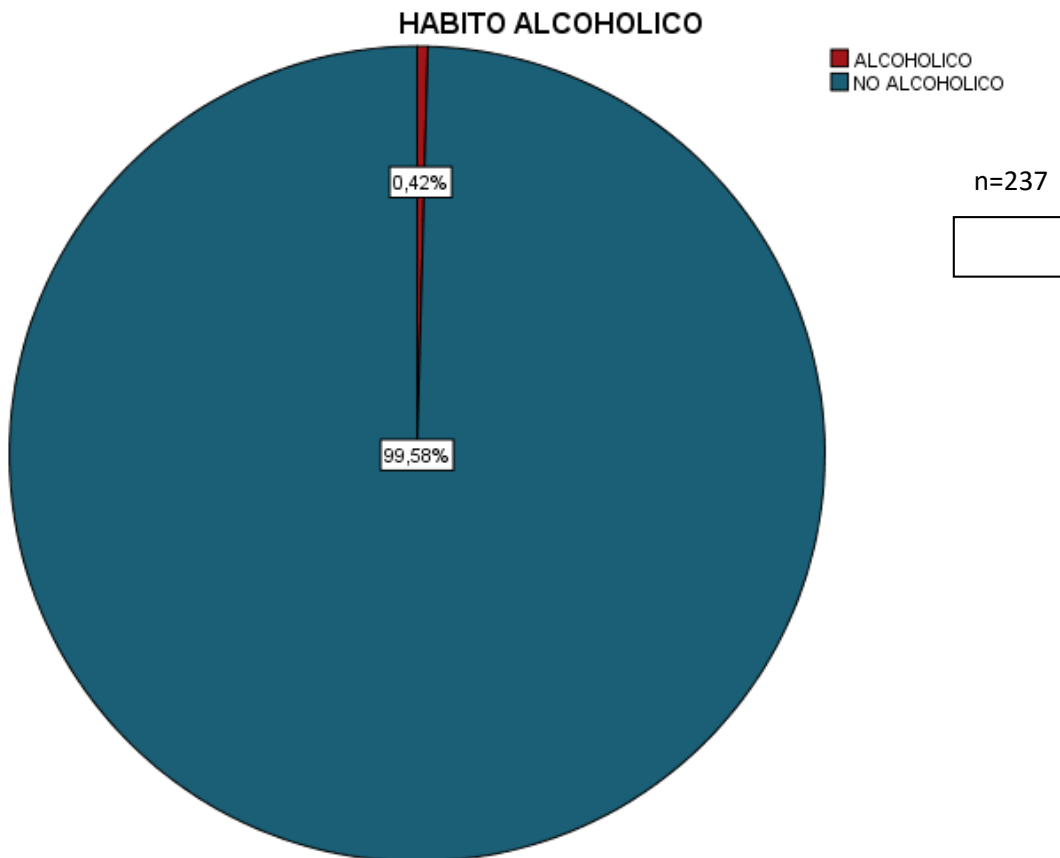
Fuente: cuestionario de investigación

Cuadro y grafica N° 7.

Alcoholismo del grupo de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
alcohólico	1	,4
no alcohólico	236	99,6
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación



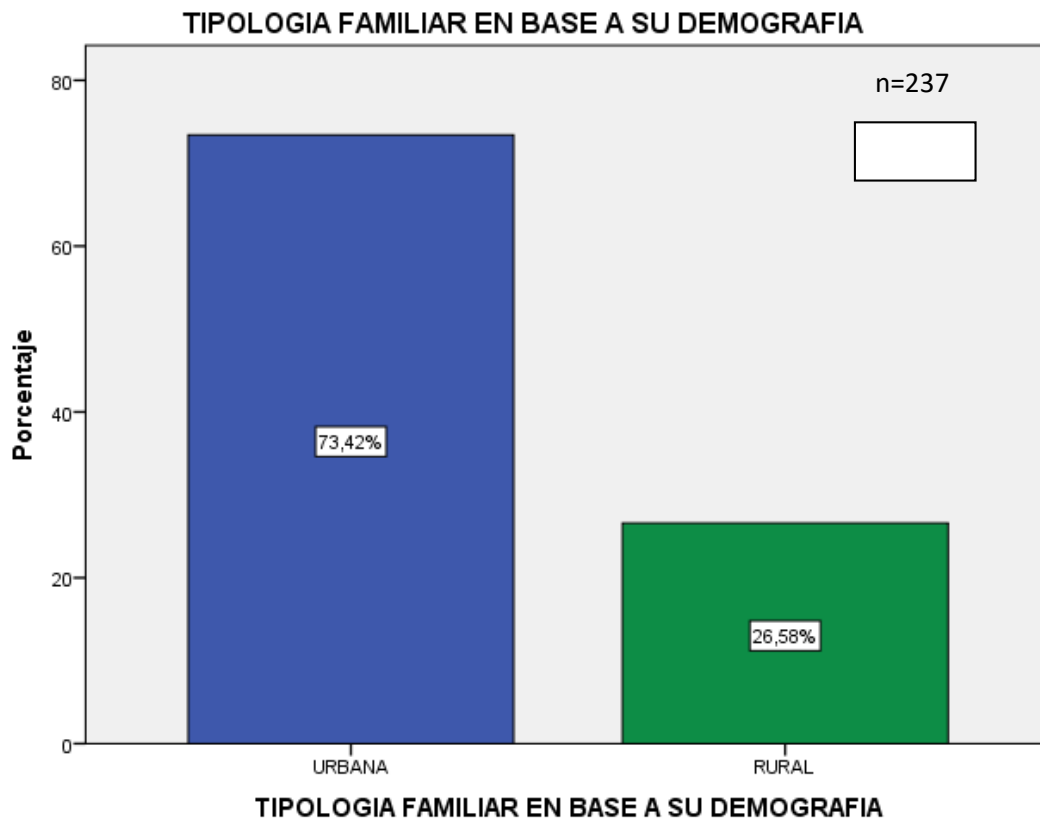
Fuente: cuestionario de investigación

Cuadro y grafica N° 8.

Tipología familiar del grupo de estudio de acuerdo su demografía

	Frecuencia	Porcentaje
urbano	174	73,4
rural	63	26,6
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación

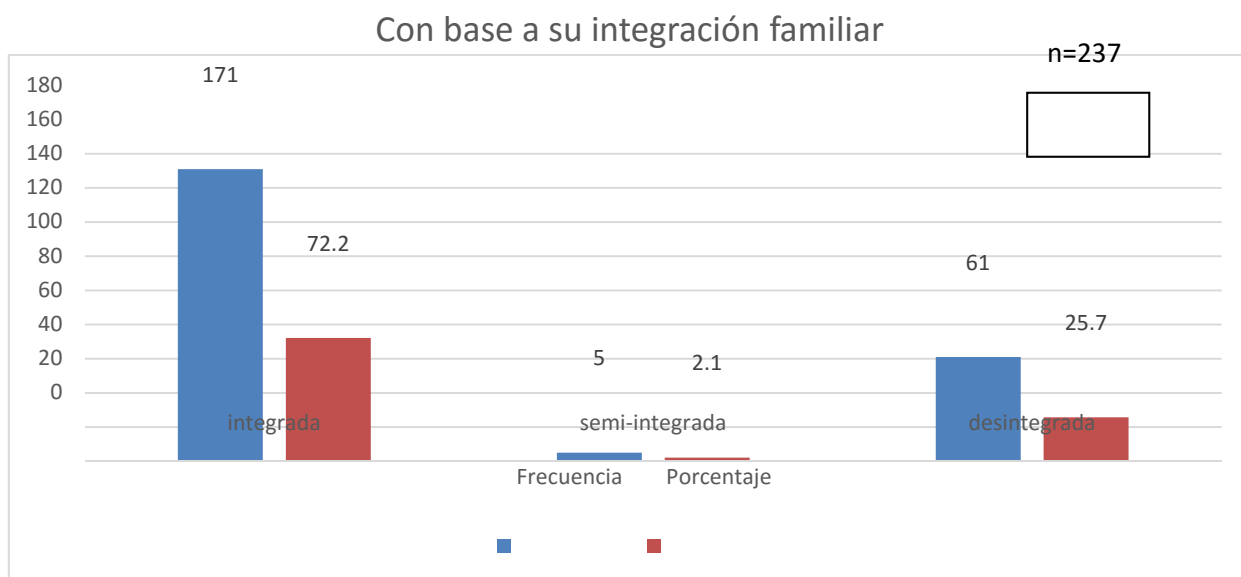


Fuente: cuestionario de investigación

Tipología familiar del grupo de estudio en base a su integración

	Frecuencia	Porcentaje
integrada	171	72,2
semi-integrada	5	2,1
desintegrada	61	25,7
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación



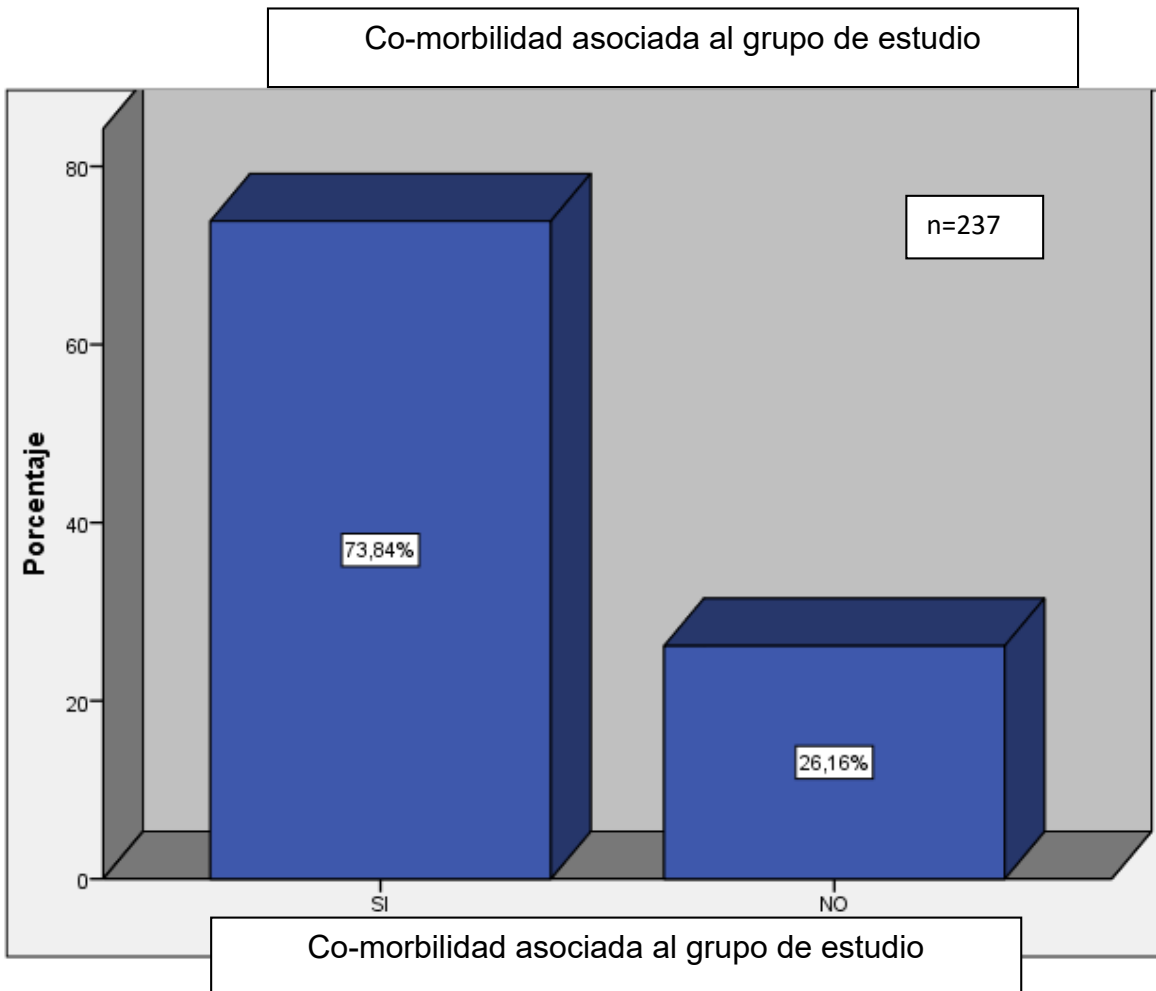
Fuente: cuestionario de investigación

Cuadro y graficas N° 10.

Co-morbilidad asociada al grupo de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
si	175	73,8
no	62	26,2
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación



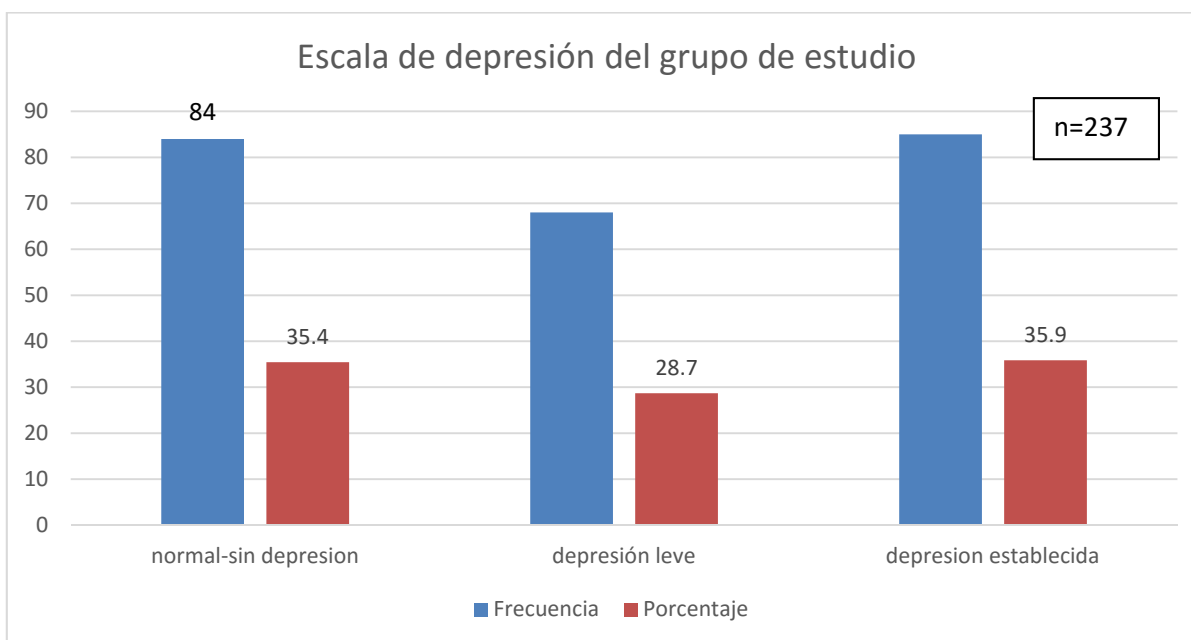
Fuente: cuestionario de investigación

Cuadro y graficas N° 11.

Escala de depresión del grupo de estudio

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE	Frecuencia	Porcentaje
0-4 (NORMAL)	84	35,4
5-8 (DEPRESION LEVE)	68	28,7
9-15 (DEPRESION ESTABLECIDA)	85	35,9
Total	237	100,0

Fuente: cuestionario de investigación



Fuente: cuestionario de investigación

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se observó una prevalencia de depresión del 64.6% de la población de adultos mayores adscritas al centro de salud santa bárbara, siendo un resultado mayor al obtenido por Reyes et al¹³ donde observó una prevalencia del 40% de ancianos con depresión, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) representativos del Distrito Federal (DF). Aun que se encuentra dentro del rango obtenido de múltiples estudios a nivel nacional.

Se determinó que solo un 35.4% no cursa con ningún tipo de depresión, muy similar a lo ya estudiado en Estados Unidos y Europa. un 28.7% cursa con depresión leve y un 35.9% cursa con una depresión establecida lo que es similar a lo reportado en Italia que ha sido con un 40%, llama la atención que la prevalencia de depresión varía según el instrumento utilizado (entrevista o instrumento de tamiz) o el grupo poblacional estudiado, según Aguilar Ávila²⁷ tomando en cuenta, que la prevalencia en México no se modifica según lo observado en múltiples estudios previos.

Se observó una edad mínima de 60 y una máxima de 84 con un pico de 11.3% en la edad de 67 años. Así mismo se observa una frecuencia de depresión en un 73% de mujeres y un 27% en hombres, en donde un alto porcentaje (70.9%) se dedica a labores del hogar, y el resto a otras actividades, así mismo encontramos que en un 49-8% de la población solamente curso con la educación básica, de la misma forma encontramos un 95.4% cursa con un nivel socioeconómico bajo. Aunque cabe mencionar que un 59.9% refirió estar casado como lo mencionaba Allen y Burns,^{17,20} y otros.

Dentro de las patologías asociadas observadas es importante destacar que un 99.58% no consumen alcohol, pero un 73.84% cursa con algún tipo de patología asociada.²⁸ Como lo refieren Zavala y Domínguez donde señala, que la presencia de enfermedades produce incomodidades físicas, que impide disfrutar lo que anteriormente era placentero. Así mismo la presencia de dos o más padecimientos crónico degenerativos (comorbilidad) influye en los procesos de depresión y no es propiamente el proceso de envejecimiento el que se relaciona con síntomas depresivos sino que estos se deben a circunstancia asociadas como la pérdida de salud y la reducción importante de ingresos. Como lo menciona Ruiz - Zegbe y cols (2014).²⁵

Se observó que en un 72.15% de los pacientes portadores de depresión provenían de una familia integrada y en un 73.42 pertenencia al ámbito urbano como lo menciona Ruiz - Zegbe y cols (2014). Como se determina en múltiples estudios previos.²⁵

Podemos concluir que esta patología no presenta modificaciones en cuanto a su prevalencia y que siguen existiendo factores asociados significativos, en cuanto relaciones familiares, económicas, y de lazos afectivos, (amistades y conyugues), así como enfermedades concomitantes que aumentan el riesgo de presentar depresión.

ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE

(GDS VERSION REDUCIDA)

NOMBRE: _____ EDAD. _____ SEXO _____

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? SI _____ NO _____

CUAL? _____ OCUPACION _____ ESTADO CIVIL(S) (C) (UL)(D) SEXO: F(____)

M(____) ESCOLARIDAD: _____ NIVEL SOCIO ECONOMICO: _____ ALCOHOLISMO: (S)(N)

TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DEMOGRAFIA: (U) (R) TIPOLOGIA EN BASE A SU INTEGRACION

(I) (SI)(D)

		SI	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACIA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ANIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHA VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORIA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGIA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACION ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTA MEJOR QUE USTED?	1	0
		PUNTUACION TOTAL	
INTERPRETACION: 0-5= NORMAL 6-9= DEPRESION LEVE >10= DEPRESION ESTABLECIDA.			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA, Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter versión. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assesment and intervention. New York: Haworth, 1986.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Variable	TIPO Y ESCALA	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Edad	Cuantitativa ordinal	Cantidad de tiempo vivido	Cantidad de tiempo vivido en años cumplidos	Número de años cumplidos
Ocupación	Cualitativa nominal	Empleo, oficio, dedicarse a ocupaciones laborales	Trabajo que impide ocuparse en otras cosas	1.Estudiante 2.Ama de casa 3.Obrero 4.Empleado de comercio 5.Empleado de gobierno 6.Comerciante 7.Campesino 8.Profesional
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Es la circunstancia del individuo que depende para cumplir sus derechos	1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Divorciado 5.Unión libre
Sexo	Cualitativa nominal	Diferenciación genital que distingue al macho de la hembra. Es uno de los elementos biológicos más Manifiestosen la determinación de la personalidad. (V. sexología y sexualidad.)	Diferenciación genital que distingue al macho de la hembra.	1. Masculino 2. femenino

Escolaridad	Catagórica / Cualitativa	Máximo nivel de estudios escolarizados	Máximo nivel de estudios escolarizados completos.	*1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria 5.Carrera Técnica 6.Técnica profesional 7.Estudios profesionales
Nivel socioeconómico	Catagórica / Ordinal	Capacidad de poder adquisitivo de la familia	Cantidad de salarios mínimos recibidos al día por el jefe de la familia al momento de la entrevista: muy bajo (0 a 1.0), bajo (1.1 a 2.0), medio (2.1 a 3.0), medio alto (3.1 a 4.0) y alto (4.1 ó >). Evaluado con el índice propuesto por Quibrera ⁽¹⁹⁾	1.Muy baja 2.Baja 3.Media 4.Media alta 5.Alta
Alcoholismo	Catagórica nominal	Presencia de habito de ingerir bebidas embriagantes	Habito de ingerir bebidas embriagantes tomando en cuenta como punto mínimo el parámetro para el bebedor abusivo sin dependencia: consume alcohol más de tres veces a la semana en cantidades mayores que ¼ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación, ingiere más de 20% de las calorías de la dieta en alcohol. ⁽²³⁾ .	1. Alcohólico 2. No alcohólico

Tipología familiar con base en su demografía	Categorica / Nominal	Características de la familia en base a si su domicilio tiene acceso y disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje, etc.)	Considerada urbana si cuenta con acceso y disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje, etc.) y rural en el caso contrario, empleando la clasificación publicada por Irigoyen. (17)	1. Urbana 2. Rural
Tipología familiar con base en su integración	Categorica / Nominal	Características de familia en base a la presencia y asunción de roles de los cónyuges.	Considerada integrada si los cónyuges viven y cumplen sus funciones, semi-integrada si los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones y desintegrada en la cual falta alguno de los cónyuges (por muerte, divorcio, separación o abandono), empleando la clasificación publicada por Irigoyen.(17)	1. Integrada 2.Semi-integrada 3.Desintegrada
Patologías asociadas	Cualitativa/nominal	Enfermedades asociadas a la patología de fondo	1)trastornos de ansiedad 2)uso de drogas 3)enfermedades del corazón (especialmente, infarto al miocardio) 6) dolor crónico. 8) Diabetes mellitus. a)si b)no 9)Hipertensión arterial a)si b)no	A)Si b)No
Depresión		conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las	Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage	1)normal 2)depresión establecida

		<p>actividades y experiencias de la vida diaria, incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitiva, físicas y conductuales</p>		
<p>Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage</p>		<p>GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto</p>	<p>El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos</p> <p>1)normal 2)depresión leve 3)depresión establecida</p>	<p>1)normal 2)depresión leve 3)depresión establecida</p>

		(preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente.		
--	--	---	--	--

Folio _____

Fecha _____

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
SANTA BARBARA, CORREGIDORA.**

Usted ha sido invitado a participar en esta investigación realizada por el Dr. Juan Manuel Rodríguez González. Para Obtener el título para la especialidad de MEDICINA FAMILIAR.

Usted fue seleccionado de manera aleatoria para participar y en caso de aceptar se le aplicará un cuestionario, se le solicita contestar de forma veraz las preguntas lo cual le tomará aproximadamente de 10 minutos. Su identidad será protegida ya que no se escribirá su nombre en el cuestionario y toda información obtenida será manejada de forma confidencial. Solamente el investigador tendrá acceso a esto.

Su participación en el estudio es voluntaria y tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, si tiene alguna pregunta o desea más información puede hacerla en cualquier momento al investigador.

He leído este documento y acepto participar de forma voluntaria en la investigación.

Acepto

Nombre y firma del participante.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	JU NI O	JU LI O	AGO STO	SEPT IEM	OCTU BRE	NOV IEM	DICI EM	ENE RO	FEBR ERO	MA RZO	AB RIL	MA YO
Selección , análisis y planteamiento del proyecto										XX		
Revisión de la literatura											XX	XX
Formulación de objetivos	XX											
Metodología: diseño, variables , muestra, muestreo		XX	XX									
Plan de recolección de la información Consideraciones éticas				XX								
Prueba piloto				XX								
Presentación ante el Comité				X	X							

Local de Investigación												
Recolección de datos				X	X	X	X	X				
Captura y análisis de datos				XX								
Escrito médico y discusión					XX							
Preparar presentación en cartel					XX							

BIBLIOGRAFIA

1. Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2010. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/envejecimiento-en-mexico?idiom=es>
2. García C, Loyola JC, Armstrong T. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Med Chile* 1996; 124: 431-6.
3. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 216-26.
4. Valera LF. Valoración geriátrica integral. Geriatria primera parte. *Rev. Diagnostico* vol 42. N°2 marzo-abril 2003.
5. Demographic transition and the aging process in Mexico. *Pap.poblac* [online]. 2005, vol.11, n.45, pp.9-27. ISSN 2448-7147.
6. Calcedo Barba A. La depresión en el Anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996.
7. Feighner JP, Boyer WF. Diagnóstico de la depresión. *Perspectivas en Psiquiatría* (vol.2). Madrid: Ed Wiley, 1991.
8. Schneider KM, O'Donnell BE, Dean D. Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7:82
9. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a metaanalysis. *Diabetes Care* 2008;31:2383-90.
10. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. Salud mental en México. México, DF: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de Cultura, Económica; 1997
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30
12. Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *SaludMent* 1997;20:15-23.

13. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. Salud mental en México. México, DF: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de Cultura Económica; 1997
14. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Ment 2003;26(4):1-16
15. Bipolar disorders in the new DSM-5 and ICD-11 classifications Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition), Volume 7, Issue 4, October–December 2014, Pages 179-185
16. MILLON T. Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. J Abnorm Psychol 1991; 100: 245-261.
17. Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, Reyes-Morales, Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores Salud Mental 2007; 30 (6)
18. García L, Nebreda O, Perlado F. Enfermedad mental en el anciano. Madrid; Ed. Díaz de Santos, 1993.
19. Fernández Viadero C. Trastornos mentales habituales en ancianos. En: Vázquez-Barquero JL, ed. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Aula Médica, 1998. p. 477-94.
20. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex 2005;47supl 1:S4-S11
21. J. Martínez de la Iglesia, M^a C. Onís Vilches, R. Dueñas Herrero*, C. Albert Colomer**, C. Aguado Taberné, R. Luque Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam vol. 12 no. 10 dic. 2002
22. UK Department of Health. Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence Based Clinical Practice Guideline. Department of Health Publications. London, United Kingdom. 2001.
23. Callahna CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tierney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. J Am Geriatr Soc 1994; 42: 833-8
24. Dirección General de atención Sanitaria. Guía de atención a la salud del anciano. Sevilla; Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1992.

25. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas Depression in Older Adults Treated in Health Care Public Institutions of Zacatecas DELLANIRA RUIZ DE CHÁVEZ-RAMÍREZ, JORGE A. ZEGBE, Revista de Educación y Desarrollo, 29. Abril-junio de 2014.
26. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor Psychosocial factors that have an impact on depression of the elderly Haydeé Mabel Llanés Torres, I Yeleinis López Sepúlveda, IREVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2015 21(1)
27. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor Sara Aguilar-Navarro* y José Alberto Ávila-Funesa,b, Gac Méd Méx Vol. 143 No. 2, 2007
28. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados IE. Márquez Cardoso^a S. Soriano Soto. Volume 36, Issue 6, October 2005, Pages 345-346.