



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°80.



**EFICACIA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK II  
VERSUS YESAVAGE EN EL ADULTO MAYOR**

**TESIS**

PARA OBTENER EL TITULO POR EL GRADO DE  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**IVAN LOPEZ LARA**

MATRÍCULA:97171734

CURP: LOLI880411HMNPRV06

ASESOR DE TESIS

ESPECIALISTA EN CIRUGIA NEUROLOGICA DR. GOVEA ARRIAGA J. FELIX  
ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO.1 CHARO

CO-ASESOR DE TESIS

INVESTIGADOR ASOCIADO D GOMEZ GARCIA ANEL  
CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA DE MICHOACAN

ASESOR ESTADISTICO

MATEMÁTICO ANALISTA GOMEZ ALONSO CARLOS  
CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA DE MICHOACAN

NUMERO DE REGISTRO ANTE EL COMITE DE ETICA E INVESTIGACION  
R-2018-1602-003

MORELIA MICHOACÁN, 24 DE JUNIO DE 2019



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.





**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°80.



**EFICACIA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK II  
VERSUS YESAVAGE EN EL ADULTO MAYOR**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA: LOPEZ LARA IVAN

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR ADSCRITA A LA UMF N°80

MATRÍCULA: 97171734 TELÉFONO: 4433609064

CURP: LOLI880411HMNPRV06

CORREO ELECTRÓNICO: dr.ivan.lopez.l@gmail.com

ASESOR DE TESIS: DR. GOVEA ARRIAGA J. FELIX

ESPECIALISTA EN CIRUGIA NEUROLOGICA

MATRICULA: 8721122 TELÉFONO CELULAR: 4433772090

ADSCRIPCIÓN: HGR#1 CHARO

CORREO ELECTRÓNICO: govearriaga@hotmail.com

CO-ASESOR DE TESIS: DRA. GOMEZ GARCIA ANEL

INVESTIGADOR ASOCIADO D

MATRICULA: 11680652 TELEFONO CELULAR: 4433282365

ADSCRIPCIÓN: CIBIMI-IMSS

CORREO ELECTRÓNICO: anel.gomez.garcia@gmail.com

ASESOR ESTADISTICO: GÓMEZ ALONSO CARLOS

MATEMÁTICO ANALISTA

ADSCRIPCIÓN: CIBIMI-IMSS

MATRICULA: 3211878 TELÉFONO CELULAR: 4431064756

CORREO ELECTRÓNICO: carlos.gomezal@imss.gob.mx

MORELIA MICHOACÁN, 1 DE SEPTIEMBRE DEL 2017  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°80.

**Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui**

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

**Dr. Cleto Alvarez Aguilar**

Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud

**Dra. Wendy Lea Chacón Pizano**

Coordinadora Auxiliar Médico de Educación en Salud

**Dr. Sergio Martínez Jiménez**

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

**Dr. Gerardo Muñoz Cortés**

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

**Dra. Paula Chacón Valladares**

Profesora Titular de la Residencia de Medicina familiar

UNIVERSIDAD MICHOACANA SAN NICOLÁS DE HIDALGO Y SELLO

**Dra . Alicia Rivera Gutiérrez**

Jefe de la división de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

**Dr. Dr. Cleto Alvarez Aguilar**

Coordinar de Especialidad de Medicina Familiar

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Universidad Autónoma de México y Sello

**Dr. Juan José Mazón Ramírez**

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar de la UNAM

División de Estudios de Posgrado

**Dr Isaías Hernández Torres**

Coordinador de la especialidad de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta tesis se la dedico a mis padres; José Antonio López Magaña y Leticia Lara Zavala Dios; quienes me guiaron por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y no darme por vencido antes los problemas que se presentaron, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la humildad ni desfallecer en el intento; inculcado cada uno de los valores que son primordiales en la vida diaria, con su amor, cariño, protección y comprensión; haciendo todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, alimentándome a seguir luchando por mis metas, deseos y sueños.

A mis hermanos; Israel y José, que con su amor y apoyo brindado, me han enseñado a salir adelante. Gracias por su paciencia y preocupación, por estar en este momento tan importante de mi vida.

A la Dra. Anel Gómez García mí co-asesor; quien jugó un papel importante dentro del desarrollo de esta investigación; quien a lo largo de la misma mostró una amplia preparación y un criterio invaluable, reconociendo su sencillez mostrada al momento de compartir sus conocimientos. Agradezco su tiempo, dedicación que siempre me brindó. Por siempre mis agradecimientos y admiración.

A mi asesor de estadístico Carlos Alonso Gómez; por el tiempo dedicado, su sabiduría, valiosa colaboración y sobre todo por la pasión a la investigación.

A mi asesor de tesis; Dr. J. Félix Govea Arriaga, gracias por brindarme su valioso tiempo y guiarme la oportunidad de trabajar con usted.

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por  
su apoyo y confianza  
incondicional en mi vida.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
SUMMARY .....	3
ABREVIATURAS .....	5
GLOSARIO .....	6
INDICE DE TABLAS .....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
MARCO TEORICO .....	10
Antecedentes históricos y filosóficos de la depresión .....	10
Definición .....	10
Epidemiología .....	11
Etiopatogenia .....	13
Cuadro clínico .....	16
Diagnóstico .....	17
Tratamiento .....	21
PLTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	22
JUSTIFICACIÓN .....	24
HIPÓTESIS .....	25
OBJETIVOS .....	25
Objetivo general .....	25
Objetivos secundarios .....	25
MATERIAL Y MÉTODOS .....	26
Diseño del estudio .....	26
Población de estudio .....	26
Criterios de selección .....	27
Criterios de inclusión .....	27
Criterios de exclusión .....	27
Criterios de eliminación .....	27
Definición de variables .....	27
Cuadro operacional .....	28
Recursos, financiamiento y factibilidad .....	33

Descripción operativa.....	33
Tratamiento estadístico.....	34
Consideraciones éticas.....	35
RESULTADOS.....	36
CONCLUSIONES.....	44
DISCUSION .....	45
BIBLIOGRAFIA .....	49
ANEXOS .....	52

## RESUMEN

### EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK II VERSUS YESAVAGE EN EL ADULTO MAYOR

Nombre de autores: López Iván<sup>1</sup>, Govea J.F.<sup>2</sup>, Gómez A<sup>3</sup> Gómez Alonso Carlos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Familiar IMSS No. 80, <sup>2</sup>Departamento de Cirugía del Hospital,

<sup>3</sup>CIBIMI-IMSS <sup>4</sup>CIBIMI-IMSS

#### Resumen

**Antecedentes:** La depresión en el adulto mayor de 65 años, ocupa el tercer motivo de consulta en un primer nivel de atención, siendo de un 35 a 50% de los casos infra-diagnosticadas. **Objetivo:** Identificar si la escala de depresión de Beck II es más eficaz en su detección diagnóstica, al ser comparada con la escala de Yesavage. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, comparativo; con un total de 248 pacientes de 65 a 94 años de edad; En el periodo de febrero a noviembre del 2018 en una clínica de atención de primer nivel. Se aplicó la escala de depresión de Yesavage y escala de depresión de Beck II. Las pruebas estadísticas fueron: coeficiente de correlación de Pearson, la validez convergente, concurrente o discriminante para los instrumentos y alfa de Cronbach. Estadísticamente significativo valor  $p < 0.05$ . **Resultados:** La escala de depresión de Beck II tiene una sensibilidad de 95% contra 62% de la escala de Yesavage; así como una mayor fiabilidad 0.0926.

**Conclusiones:** la escala de depresión de Beck II, tiene mayor sensibilidad y confiabilidad para diagnosticar desde estadios leves de depresión.

**Palabras claves:** Depresión, adulto mayor, Escala Depresión Geriátrica abreviada, escala de depresión de Beck II.

## SUMMARY

### DIAGNOSTIC EFFICACY OF THE BECK II DEPRESSION SCALE VERSUS YESAVAGE IN THE ELDERLY ADULT

Name of authors: López Iván<sup>1</sup>, Govea J.F.<sup>2</sup>., Gómez A<sup>3</sup> Gómez Alonso Carlos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unit of Family Medicine IMSS No. 80, <sup>2</sup> Hospital Surgery Department, <sup>3</sup>CIBIMI-IMSS  
<sup>4</sup>CIBIMI-IMSS

**Introduction:** Depression is one of the most common diseases in primary first level consultation being very frequent in people over 65 years. The diagnosis of depression in geriatric age is basically clinical; so the depression test application must be completed. Once the diagnosis is established, a therapeutic strategy must be applied, with antidepressant drugs and psychotherapy being the main pillars of the treatment.

**Justification:** The opportune detection of depression through the adequate selection of the most effective instrument diagnosed in the geriatric population.

**Material and methods:** This study will be prospective, cross-sectional, comparative. We will study 246 beneficiaries from 65 to 84 years of age, from the Regional General Hospital No. 1; to which the depression tests will be applied: abbreviated Geriatric Depression Scale and the Beck II Depression Scale to determine which will be the most appropriate scale for the diagnosis of depression in geriatric age. Its effectiveness will be measured by each of the scales using the Pearson correlation coefficient to relate the scores of both depression scales, the Kappa or Mc Nemar statistic to establish concordance of the screening of both scales. The sensitivity and specificity of the instruments will be observed through ROC. In addition convergent, concurrent or discriminant validity will be made for the instruments and the instruments used will be analyzed reliability using Cronbach's alpha.

**Results:** Pending, it will be demonstrated that the abbreviated Geriatric Scale is still the most adequate test for the diagnosis of depression in the geriatric adult.

**Conclusions:** Pending

**Key Words:** Depression, Elderly, Abbreviated Geriatric Depression Scale, Beck II Depression Scale.

## **ABREVIATURAS**

**BDI:** El Inventario de Depresión de Beck

**CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades

**CONAPO:** Consejo Nacional de Población

**DSM:** Asociación Psiquiátrica Americana Manual Diagnóstico y Estadístico

**GDS:** Escala de Depresión Geriátrica

**HGR No.1:** Hospital General Regional No.1

**ISRS:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

## GLOSARIO

**Adulto mayor:** es toda aquella persona mayor de 65 años, con un estado de salud óptimo así como su capacidad funcional.

**Alteraciones de la concentración:** Es la falta de concentración o trastorno en la capacidad de concentración.

**Cuerpo vulnerable:** Partes del cuerpo sensibles en el organismo sufre graves daños incluso se puede llegar a la muerte.

**Depresión:** una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades.

**Demencia:** Es una pérdida de la función cerebral que ocurre a causa de ciertas enfermedades. Afecta la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento.

**Distimia** Trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple todos los patrones diagnósticos de la depresión.

**Epilepsia:** es un trastorno cerebral en el cual una persona tiene convulsiones repetidas durante un tiempo. Las crisis convulsivas son episodios de actividad descontrolada y anormal de las neuronas que puede causar cambios en la atención o el comportamiento.

**Escala de Depresión Geriátrica:** instrumento creado específicamente para población de adultos mayores, usada como una herramienta para la detección de depresión. La se desarrolló inicialmente como una medida de detección de la depresión en la edad avanzada.

**Esclerosis múltiple:** es una enfermedad autoinmunitaria que afecta el cerebro y la médula espinal (sistema nervioso central).

**Inconformidad:** Es cuando la persona no acepta una situación o lo socialmente establecido.

**Inventario de Depresión de Beck:** instrumentos más utilizados para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos.

**Parkinson** es un tipo de trastorno del movimiento. Ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el

cerebro conocido como dopamina. Algunos casos son genéticos pero la mayoría no parece darse entre miembros de una misma familia.

## INDICE RELACION DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Concordancia del test de Yesavage y el test de Beck II.....	36
<b>Tabla 2.</b> Sensibilidad y especificidad de los test de depresión.....	37
<b>Tabla 3.</b> Confiabilidad del test de Yesavage y Beck II .....	37
<b>Tabla 4.</b> Distimia en relación a las escalas de depresión .....	38
<b>Tabla 5.</b> Distimia en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II..	38
<b>Tabla 6.</b> Distimia en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II..	39
<b>Tabla 7.</b> Vulnerabilidad en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II.....	40
<b>8. Tabla</b> Grupo etario en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II.....	41
<b>Tabla 9.</b> Género en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II...	42
<b>Tabla 10.</b> Comorbilidades en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II.....	43

## INTRODUCCIÓN

En los pacientes en edad geriátrica, es muy frecuente el comienzo de limitaciones en el estado emocional de la auto-estima, debido a la disminución de serotonina y dopamina, que provocan un cambio en la energía del adulto mayor, afectando la dinámica familiar en diferentes esferas, como son: su entorno social, económico, laboral y cultural; generando en ellos pensamientos de fobias y una gran dependencia de sus familiares; originando conflictos internos y un estado de ansioso-depresivo.

Otro factor detonante de la depresión en el adulto mayor, es el incremento de la esperanza de vida a nivel mundial, que afecta de manera proporcional el estado depresivo de estas personas geriátricas; debido a que este grupo poblacional es más vulnerable de presentar enfermedades crónico – degenerativas.

La forma de pensar de los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, trabajo social y psicólogos) consideran que es normal que se depriman los adultos mayores por las enfermedades crónico-degenerativas, ya que estas solamente se controlan y no se curan; dejándolos en el olvido de prácticales por personas expertas un test que les sirva para diagnosticar depresión.

En la actualidad el sector salud, debe de poner mayor atención al problema del adulto mayor con depresión, debido a que muchas de estas personas presentan la afección, pero pasan desapercibidas al no utilizarse un instrumento adecuado y eficaz para su diagnóstico oportuno.

Con un instrumento correcto para la detección oportuna de depresión de adulto mayor, se evitaría estadios avanzados en dicha patología.

Debido a que no hay una estandarización en las escalas de depresión geriátrica, es necesario valorar, si las que se aplican son las adecuadas para su diagnóstico. Una vez que se logre la estandarización de un instrumento para la depresión, se podrá iniciar tempranamente el tratamiento farmacológico y no farmacológico, para obtener mejores resultados sobre la remisión de la depresión en la población geriátrica.

## **MARCO TEORICO**

### **Antecedentes históricos y filosóficos de la depresión**

La depresión siempre ha existido a lo largo del desarrollo de la humanidad. En la antigüedad, recibió el nombre de melancolía.

La palabra melancolía nació como término médico de la doctrina humorista, definida por Hipócrates en el siglo V. Él describía 4 humores básicos: sangre, flema, bilis y atrabilis humor negro o melancolía.

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo (131-201) describieron la melancolía como una alteración crónica, que presenta síntomas como temor, miedo o desesperación, suspicacia, misantropía y cansancio de la vida, entre otros.

En la Edad Media los líderes religiosos creían que la depresión era causada por posesión de los espíritus malos. En esta época, la depresión fue tratada con diferentes remedios como: azotes, sangrías, exorcismo y baños con hierbas.

Finalmente la melancolía, fue aceptada como concepto de depresión y este concepto a su vez se desglosó en otros conceptos como: ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia y trastorno psicossomático, entre otros.<sup>1</sup>

En los que respecta al proceso de evolución de la depresión de adulto mayor, en los últimos años ha habido un incremento de la esperanza de vida, que conllevan a una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, en las que el propio envejecimiento actuará como factor predisponente, esto origina un aumento significativo de trastornos mentales en las personas mayores, ponderando la depresión como uno de los principales.

Los cambios del envejecimiento y la falta de interés de los síntomas depresivos en la vejez, es debido a la creencia errónea de que en esta población constituyen una respuesta normal a la edad, existiendo así una alta proporción de casos de depresión no diagnosticados.<sup>2</sup>

### **Definición**

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como: una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra decaído por la tristeza e infelicidad, con algún grado

de ansiedad; la actividad está disminuida, pero puede haber agitación, hay predisposición a la recurrencia en intervalos regulares”.<sup>3</sup>

“La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades.”<sup>3</sup>

La definición de adulto mayor es toda aquella persona mayor de 65 años, con un estado de salud óptimo así como su capacidad funcional, según la OMS.

La Asociación Psiquiátrica Americana Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) describen la depresión del adulto mayor; como síndromes depresivos que afectan a los adultos mayores de 65 años, con o sin enfermedades; médicas, crónicas, deterioro cognitivo, o discapacidad.

Por lo que la depresión en la etapa geriátrica más allá del sufrimiento personal y la desintegración familiar, empeora los resultados de muchos trastornos médicos y promueve así la discapacidad.

Es necesario además conocer que existen tipos de depresiones en los pacientes geriátricos que son secundarias a un factor desencadenante, entre las cuales están:

- La depresión debido a una condición médica: Son aquellos pacientes que desarrollan un estado de tristeza o disminución de interés o del placer en todas o casi todas las actividades, más una condición médica fisiológica relacionado con la depresión como son: Infecciones virales; enfermedades endocrinológicas, enfermedades de pronóstico malo tanto para la vida como la función, enfermedades cardiacas y trastornos metabólicos.
- Depresión inducida Sustancia: Es debido los diferentes fármacos que causan en los pacientes el desarrollo de un estado de tristeza o disminución del interés o placer de todas o casi todas las actividades en el periodo de la administración del fármaco o dentro del mes de abstinencia del medicamento de utilización habitual.<sup>4</sup>

## **Epidemiología**

La depresión es una de las enfermedades de la psique más prevalentes e invalidantes en la población general, con repercusiones importantes a nivel individual, familiar y

socioeconómico.<sup>5</sup> Las personas con depresión muestran altas tasas de comorbilidad con otras enfermedades físicas y mentales; además de afectar a la calidad de vida del paciente, se tiene mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo, depresión inmunológica y diversas enfermedades. Esto constituye un problema geriátrico frecuente que afecta a un 10% de la población de los adultos mayores.<sup>6</sup> Este trastorno es una de las enfermedades más comunes que se observan por los médicos de primer nivel con una prevalencia del 5% al 9% en pacientes adultos. Los costos de un paciente con depresión, incluyen la atención del mismo, la falta de productividad laboral así como su ausentismo y el suicidio. Con una pérdida estimada de \$43,7 mil millones en los Estados Unidos (7); es una enfermedad muy frecuente en la gente mayor, que afecta alrededor del 14% de los mayores de 65 años. Ocupa el tercer motivo de consulta en atención primaria. Sin embargo el 35% al 50% de los casos son infra-diagnosticadas y requiere mucho tiempo por parte los médicos de atención primaria que atienden en la consulta la mayoría de esta población.<sup>7,8</sup>

La OMS considera que para el año 2020, la depresión, será la segunda causa de enfermedad más importante en todo el mundo; con un prevalencia en el género masculino de 1.9% y de 3.2% en el género femenino. En Estados Unidos de América y en Europa, la prevalencia de depresión oscila entre 6 y 20%, aunque se ha estimado que en Italia asciende a 40%. Siendo este el trastorno más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20% en la población no hospitalizada y se incrementa en los pacientes hospitalizados del 25 a 40%; predominando en el sexo femenino, con una incidencia del 13% al año.<sup>3,6</sup>

En algunos los países europeos existe un envejecimiento progresivo más evidente, como lo es en España. con una población de personas mayores en donde se estima que aumente 694 millones de personas geriátricas entre 1970 y 2025, o lo que es lo mismo en un 223%, por lo tanto en el 2025 se alcanzarán casi los 1 200 millones de personas con más de 60 años.<sup>2,6</sup> El Consejo Nacional de Población (CONAPO) reporta que en México, de los 103.3 millones de habitantes del país, 8.2 millones oscilan en los 60 años o más, por lo que en el 2030 serán 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán los 36.2 millones. La depresión en México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes, con prevalencia del 5.8 al 10%. Siendo del 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de

60 años. Estudios epidemiológicos demuestran que el trastorno depresivo mayor (según es baja con una la prevalencia 1.8% comparada con la depresión menor con 9.8%; sin embargo los síntomas depresivos subsindrómicos tienen una alta prevalencia del 13.5%, esto se relaciona con las enfermedades crónico-degenerativas, debido a que son más frecuentes en los adultos mayores, pues este grupo recurre hasta cuatro veces más a los servicios de salud que el resto de la población. <sup>3</sup>

### **Etiopatogenia**

Durante los estados depresivos las estructuras neocorticales dorsales hipometabólicas y ventral son hipermetabólico, estos cambios surgen en la tristeza inducida y se invierten rápidamente cuando se retiran los estímulos. La constancia de los cambios en los pacientes deprimidos indica que los factores biológicos adicionales predisponen a la depresión y sostener síntomas depresivos. También existen alteraciones en las vías frontoestriatales las cuales dan lugar a una incapacidad para anticipar incentivos, predisponiendo así a la depresión. La disfunción frontoestriatal podría predisponer a la depresión en la tercera edad, originando una disfunción ejecutiva que es una expresión clínica de las anomalías frontoestriatales, es común en la depresión tardía y puede persistir aun después de la mejoría de los síntomas relacionados con el estado de ánimo. Se han documentado por estudios de imagenología en la depresión tardía, la visualización de hiperintensidades en las estructuras subcorticales y sus conexiones frontales, anomalías macromoleculares en la rodilla y la rodilla del cuerpo calloso, el núcleo caudado derecho y el putamen; estos cambios fueron observados en personas de edad avanzada con depresión. Además en los pacientes deprimidos se describió una reducción de la glía de la corteza cingulada anterior subgenual y alteraciones en las neuronas de la corteza dorsolateral.<sup>4,6</sup>

Las anomalías de la amígdala predisponen a la depresión, ya que esta estructura modera las emociones en respuesta a los estímulos aversivos y las señales de los centros de la conducta y la actividad autónoma de afrontamiento.

En fuentes científicas se ha documentado que cambios relacionados con la edad asociados con la atenuación de la percepción emocional podrían contribuir a estados depresivos o apáticos, así mismo los trastornos subcorticales pueden dañar las conexiones entre la

amígdala, el núcleo talámico dorsal medial, y el orbital y medial prefrontal córtex, lo que induce a la depresión. Por otra parte la hipercortisolemia se asocia con aumento de la actividad de la amígdala, lo que lleva a la liberación de cortisol y así se predispone a padecer depresión. Las anormalidades de hipocampo también podrían predisponer a la depresión, ya que el volumen de esta estructura se reduce durante un primer episodio de depresión mayor. No obstante, una reducción en el volumen del hipocampo se correlaciona con la duración de la depresión, estas alteraciones son relevantes para la población de edad avanzada, ya que esta estructura es particularmente vulnerable al envejecimiento y relacionadas con los cambios del envejecimiento. Por otra parte, el estrés y las enfermedades crónicas influyen en vulnerabilidad para presentar isquemia la región del hipocampo CA<sub>1</sub> y el subiculum.

Así pues, el envejecimiento está estrechamente relacionado con los procesos de la enfermedad, esto incluye: la arteriosclerosis, enfermedades inflamatorias y enfermedades endocrinológicas, produciéndose cambios inmunes que comprometen la integridad de las vías de frontoestriatales, la amígdala y el hipocampo, dando como resultado de todo lo anterior mayor vulnerabilidad a padecer de depresión.<sup>4</sup>

Entre los principales factores que pueden intervenir en la depresión; se proponen algunas posibilidades de asociación con marcadores genéticos, aunque no existen evidencias contundentes, y la comorbilidad con otras enfermedades médicas es otro de los factores que ha recibido mayor atención. Las personas mayores con algún tipo de trastorno neurológico tienen una alta prevalencia de desarrollar depresión, pues es muy frecuente que en personas diagnosticadas con trastornos cerebrovasculares pueden predisponer, precipitar o perpetuar síntomas depresivos en la vejez, denominándose depresión vascular. También se ha encontrado una relación con otros trastornos neurológicos, como la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple o epilepsia.<sup>2</sup>

Los cambios anatómicos y fisiológicos en las áreas cerebrales y en los sistemas sensoriales, como la pérdida auditiva o visual; existen estudios donde se menciona la participación de la depresión en la población de mayores con enfermedades neurológicas.<sup>2,4</sup>

Existe una hipótesis en la cual la depresión surge como reacción de los déficits cognitivo en fases tempranas de la demencia; por tanto, la demencia produce depresión por pérdida de

neuronas noradrenérgicas, reducción de determinados neurotransmisores, llegando así a ser comórbidas las dos manifestaciones.<sup>6</sup>

El síndrome llamado depresión de comienzo tardío su frecuencia de aparición es en adultos mayores, este término se utiliza para referirse a un subconjunto de pacientes con mayor cantidad de déficits neurológicos los cuales son: suelen tener menos antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, una mayor prevalencia de demencia, peor ejecución en los test neuropsicológicos, mayor deterioro auditivo neurosensorial, dilatación de los ventrículos laterales y más hiperintensidades en la sustancia blanca; comparado con los que desarrollan depresión a edades más tempranas.<sup>2,4</sup>

Existen otras condiciones médicas pueden dar lugar a síntomas depresivos como son: diversos trastornos endocrinos, infecciones virales, infarto de miocardio, trastornos metabólicos o cáncer. Las personas con rotura de cadera y artritis pueden haber depresión en ellos también; esto coincide con la teoría de que uno de los principales factores que pueden precipitar la aparición de un síndrome depresivo en la población anciana secundario a un estado funcional limitado por alguna enfermedad física o neurológica.<sup>2,3</sup>

En lo que respecta a la relación con los factores psicológicos que pueden precipitar o predisponer a la aparición de síntomas de depresión, estarían los rasgos de personalidad, las distorsiones cognitivas y el control emocional. Investigaciones consideran que se asume que los rasgos de personalidad son un factor de vulnerabilidad a la depresión en la vejez. Las características de personalidad que más se han analizado han sido el neuroticismo, la auto-eficacia, comprobando que una puntuación alta en neuroticismo y baja en la auto-eficacia eran buenos predictores del comienzo de síntomas depresivos en una población geriátrica. Así pues también se demostró que el neuroticismo predecía la persistencia de la depresión en pacientes no hospitalizados. Además los acontecimientos estresantes pueden variar en función de nuestras características de personalidad y afectar de manera indirecta la magnitud manifestación de los síntomas depresivos.<sup>2,7,8</sup>

En cuanto a los precipitantes de tipo social, el sufrimiento por la pérdida de una persona querida, el estrés crónico y los recursos sociales son factores importantes asociados con el desarrollo de depresión y además puede contribuir al impacto que las enfermedades crónicas tienen sobre la misma.<sup>2,8</sup>

Los recursos psicosociales pueden influir sobre los síntomas depresivos de forma directa, esto sucede cuando los recursos tienen un efecto beneficioso sobre los síntomas de depresión, independientemente de la presencia de un estresor, o a través de un efecto amortiguador, lo cual modificando la asociación entre los síntomas depresivos y el estresor. Sin embargo, la relación más estable y contundente entre los recursos sociales y los síntomas depresivos se ha encontrado en el apoyo percibido.<sup>2</sup>

En dos estudios se evaluaron la relación entre depresión y demencia se encontró que la asociación entre ambas era más fuerte cuando las manifestaciones se acortaban en el tiempo. Estos hallazgos no excluyen la posibilidad de que la depresión sea un factor de riesgo de demencia, y no solo se presente como una manifestación prodrómica. A favor de esta dilucidación, existen numerosos ensayos que indican que la depresión en la edad adulta y vejez conlleva daños neuropatológicos que contribuyen al desarrollo de demencia.<sup>2,6</sup>

Respecto a la posibilidad de que la depresión sea un pródromo de demencia, faltaría tener en cuenta dos posibilidades. La primera es que mediante Resonancia Magnética (RM) se ha observado que muchos pacientes depresivos tienen una hiperintensidad de sustancia blanca, estos pacientes son más propensos a padecer alteraciones cognitivas y estos tienen más posibilidades de progresar a enfermedades vasculares, no obstante, los pacientes vasculares tienen con más frecuencia trastornos afectivos, sobre todo depresión, lo que añade más complejidad al tema. La segunda posibilidad es la de considerar que la depresión podría estar consumiendo reserva cognitiva de forma irreversible, esto es debido a la neurohormonotoxicidad secundaria al estrés crónico, con lo que favorecería la enfermedad demencial. Finalmente, existen investigaciones donde no encuentran asociación entre depresión temprana y el riesgo de demencia. Además de otros artículos científicos en donde referencian que la depresión solo influye en grupos sociales con ciertas características, como lo es el sexo, la edad y la educación.<sup>2,6</sup>

### **Cuadro clínico**

Muchas de las veces los síntomas clínicos de la depresión se enmascaran con síntomas de somatización o dolor, estos síntomas se consideran clínicamente relevante y se asocian con

el curso de evolución de la depresión, en la cual puede haber el riesgo de recaídas, recurrencias, suicidio y discapacidad social.<sup>9</sup>

Los que conforman el área de la salud les concierne ser muy hábiles y capaces para poder discernir del trastorno de depresión en los ancianos y la demencia ya que resulta difícil de detectar, debido a que los síntomas clínicos son muy similares en ambos trastornos. De acuerdo con los síntomas de ambas enfermedades, existen diferentes estudios que la depresión cursa con síntomas de deterioro cognitivo, que van vinculados muy estrechamente con la demencia.<sup>6,8</sup>

En los adultos mayores con depresión es imprescindible siempre interrogar acerca los pensamientos de autolesión o suicidio que puedan presentar. En el caso de que la respuesta sea afirmativa, el médico debe preguntar acerca de los planes específicos para llevarlos a cabo. Otros cuestionamientos que se deben preguntar son antecedentes de manía, los períodos de pensamientos rápidos o el habla, el exceso de energía o actividad, una menor necesidad de sueño, o comportamientos que los demás pensaban eran excesivos o de riesgo. Por lo tanto se concluye que una buena historia clínica y un examen físico minucioso hace discernir e identifican entre enfermedades neurológica y la depresión, asumiendo mucho cuidado para no confundir la demencia con la depresión y viceversa; esta diferencia estriba en que la población que se encuentra deprimida mejora su estado cognitivo mejora al iniciarle fármacos antidepresivos y no sucede lo mismo con los pacientes que cursan con demencia. Por ultimo pero no menos importante se debe interrogar el uso de ciertas sustancias o fármacos que pueden agravar los síntomas depresivos y cognitivos como son; el interferón o corticosteroides, el uso de alcohol, sedantes recetados, hipnóticos, opiáceos o drogas ilícitas.<sup>10</sup>

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de depresión en edad geriátrica es básicamente clínico; por lo que obliga a realizar anamnesis médica, exploración física, para detectar por tamizaje medicamentos, consumo de sustancias o enfermedades con potencial efecto depresógeno. Se considera necesario una valoración cognitiva y un estudio de neuroimagen para descartar que sea de origen orgánico. Si continúa la persistencia o el deterioro de la disfunción cognitiva aun

con tratamiento, se debe realizar a una valoración neuropsicológica extensa, esta valoración se puede complementar con la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) y la escala de depresión de Beck II.<sup>11</sup>

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) fue el primer instrumento creado específicamente para población de adultos mayores, usada como una herramienta para la detección de depresión. La GDS se desarrolló inicialmente como una medida de detección de la depresión en la edad avanzada, para ello se seleccionaron los reactivos más adecuados para esta población y se suprimió los reactivos referidos a síntomas somáticos, quedando un reactivo relacionado a este para evitar la confusión entre el diagnóstico de depresión y enfermedades físicas comunes en las personas geriátricas; también se adoptó de un formato de respuestas dicotómicas en un rango de 0-30 puntos. La escala original, constaba de 30 reactivos con una validación de un 84% de sensibilidad y un 95% de especificidad, su desventaja fue los sesgos en la evaluación debidos a la fatiga o a una pérdida en el mantenimiento de la atención, por lo que se desarrolló una versión abreviada de la GDS abreviada o de Yesavage emplea 15 ítems de la versión original. La escala de depresión geriátrica de 15 reactivos ha demostrado buenas propiedades psicométricas y una correlación elevada con la versión de 30 reactivos. La GDS-15 tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 72% para detectar la depresión.<sup>12</sup>

Salamero y Marcos realizaron un estudio en personas mayores se hallándose 6 factores al aplicarse la escala de depresión geriátrica de 15 reactivos, los cuales fueron: insatisfacción con la vida (20,1%), disforia (16,6%), desesperanza/disminución de la autoestima (5,4%), ansiedad/rumiación (4,7%), retirada social/descenso de motivación (4,4%) y cognición disminuida (3,9%).<sup>13</sup>

La escala de depresión geriátrica abreviada los reactivos 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 debe ser respondidos afirmativamente y los reactivos 1, 5, 7, 11 y 13 deben contestarse negativas para que se obtenga un puntúa 1 por cada reactivo. Por lo tanto los puntos de corte son: 0 - 4: se considera paciente sin depresión y  $\geq 5$ : se considera un paciente con depresión; la confiabilidad de la GDS-15 de acuerdo a la alfa de Cronbach de 0.79.<sup>14,15</sup>

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) o escala de depresión de Beck es otro de los instrumentos más utilizados para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos, dicha

escala fue creada por Beck et al en 1961. Consta tanto de reactivos somáticos o físicos y reactivos psicológico o afectivos. Esta herramienta consta de 21 reactivos en una escala de 4 puntos (0-3), por lo que las puntuaciones van de 0 a 63 puntos; el cual fue reemplazado en 1996 por el inventario de depresión de Beck II; el cual se basa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, incluye 21 reactivos dando con un puntaje de 1 a 4 puntos. Los reactivos relacionados con la imagen corporal, dificultad para el trabajo, pérdida de peso y la preocupación somática, fueron reemplazados por reactivos como agitación, dificultad de concentración y pérdida de energía. Las instrucciones se mantuvieron igual que versión anterior.<sup>16</sup>

El inventario de Beck II tiene una confiabilidad interna de alfa de Cronbach 0,89; agrupándolo y analizando los reactivos en 4 factores: Somático, cognitivo-conductual, biológica y actitudes negativas.

El inventario de Beck II se ha reportado que tiene una confiabilidad interna de alfa de Cronbach 0,89; agrupándolo y analizando los reactivos en 4 factores: Somático, cognitivo-conductual, biológica y actitudes negativas.<sup>17</sup>

Según los resultados el puntaje obtenido de la escala de depresión Beck II se clasifica en: 0-9 puntos: No deprimidos. 10-15 puntos: Ligeramente deprimidos. 16-24 puntos: Moderadamente deprimidos. 26-62 puntos: Gravemente deprimidos.<sup>16</sup>

Siempre hay que tener presente que en la depresión del adulto mayor se debe hacer un diagnóstico diferencial con el trastorno de demencia.<sup>8</sup>

La depresión en la tercera edad no es parte normal del envejecimiento, sino una enfermedad más, que ocupa de diagnosticarse y tratarse igual que en otras fases de la vida. En los geriátricos esta afección resulta más difícil de detectarse, ya que existen diferentes situaciones como: problemas sociales y físicos que dificultan el diagnóstico, por lo tanto es de suma importancia la aplicación de herramientas diagnósticas para la depresión, además de la historia clínica y el interrogatorio, como ya se mencionó previa mente.<sup>4,8</sup>

Existen ciertos criterios diagnóstico para subclasificaciones de la depresión en las personas geriátricas, estipuladas en el DSM-V y el ICD-10, esta son: <sup>4</sup>

- Trastorno depresivo mayor <sup>4</sup>

Diagnostico confirmado: Debe de estar presente cinco de los siguientes síntomas más el intervalo de tiempo

Estado de ánimo depresivo. Disminución del interés, pérdida de placer en todas o casi todas las actividades. Pérdida o ganancia de peso (más del 5% del peso corporal. Insomnio o hipersomnia. Agitación o retardo psicomotor. Fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada. Reducción de la capacidad de concentración. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Intervalo: Con una duración mayor de 2 semanas, condicionando malestar o deterioro funcional, social y laboral.

Nota: Además debe descartarse que sea algún efecto directo del consumo de sustancias, una enfermedad o duelo.

- Trastorno depresivo menor<sup>4</sup>

Diagnostico confirmado: Debe de estar presente 2 a 4 síntomas del trastorno depresivo mayor más el intervalo de tiempo.

Intervalo: con una duración de al menos 2 semanas, que conducen a malestar o deterioro funcional.

Nota: Además debe descartarse que sea algún efecto directo del consumo de sustancias, una enfermedad o duelo. Este diagnóstico sólo puede hacerse en pacientes sin antecedentes de depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o trastornos psicóticos.

- Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido <sup>4</sup>

Diagnostico confirmado: Presenta los siguientes síntomas más el intervalo de tiempo.

Síntomas:

Estado de ánimo depresivo. Llanto. Desesperanza.

Intervalo: Dentro de los 3 meses de la aparición de un factor estresante, el síndrome debe conducir a una gran angustia o discapacidad que debe desaparecer dentro de los 6 meses de la eliminación del factor estresante. El duelo no es considerado como un factor de estrés para este trastorno.

## **Tratamiento**

Una vez establecido el diagnóstico, se debe aplicar una estrategia terapéutica eficaz y temprana para la remisión de esta patología. Los pilares fundamentales del tratamiento están constituidos por los fármacos antidepresivos y la psicoterapia.

Los fármacos demostrado mayor beneficio para la depresión en los pacientes geriátricos son los inhibidores de la receptación de serotonina y los fármacos duales. En general, se inicia con monoterapia para minimizar, con el fin de evitar los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas, comenzando siempre con dosis bajas e ir aumentando la dosis lentamente; en caso de resistencia o respuesta escasa se deberán alcanzar las dosis máximas recomendadas, aun así con lo anterior mencionado si fracasa la monoterapia se puede asociar un segundo agente antidepresivo o si se prefiere se cambia el fármaco.<sup>18</sup>

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son tratamientos de primera línea para la depresión en la tercera edad. En ensayos controlados aleatorios, se ha demostrado que los ISRS como la sertralina, la fluoxetina y la paroxetina han sido más eficaces en la reducción de los síntomas; los ISRS también se pueden tratar con eficacia la depresión severa: los pacientes tenían más probabilidades de tener una remisión con citalopram (35% fármaco Frente al 19% placebo).

Los efectos adversos comunes de los ISRS, que suelen ser leves, incluyen náuseas y cefalea.

Los antidepresivos tricíclicos su eficacia similar a la de los ISRS en el tratamiento de la depresión tardía, pero debido a sus mayores efectos secundarios son menos utilizados. En Criterios de Beers los antidepresivos tricíclicos están incluidos en la lista de medicamentos potencialmente inapropiados asociados con altas tasas de eventos adversos de drogas entre los adultos mayores.<sup>12</sup>

En cuanto al tratamiento no farmacológico; las psicoterapias son tratamientos eficaces para la depresión tardía y se considera como terapia de primera línea, dependiendo de la disponibilidad y la preferencia del paciente, ya que los enfoques psicoterapéuticos consistente en visitas semanales durante un período de 8 a 12 semanas.

Entre otras recomendaciones no farmacológicas para los adultos mayores deprimidos son: deben ser alentados a aumentar su actividad física, mejorar de la nutrición y el aumento de

la participación en actividades placenteras y las interacciones sociales. Sin embargo, estas recomendaciones son generalmente insuficientes en ausencia de otras intervenciones, como la farmacoterapia, la psicoterapia o ambas.<sup>19</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión sigue siendo un grave problema de salud a lo largo de la vida, especialmente en los ancianos. A pesar de que la prevalencia global con depresión en ancianos es menos frecuente, debido a que muchas de las veces pasa desapercibidas, enmascaradas por las enfermedades crónico-degenerativas más comunes en el adulto mayor (diabetes, dislipidemias, hipertensión y Alzheimer), en comparación con los adultos jóvenes. Esta enfermedad mental afecta a millones de personas en todo el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables.

En el adulto mayor, parte de su evolución natural del ciclo de la vida, es el comienzo de las limitaciones que incapacita su desarrollo social, económico, laboral y cultural, dentro del núcleo familiar, estas conformadas en su mayoría por familias compuestas. Generando en los ancianos pensamientos de fobia; la dependencia de consanguinidad ocasiona conflictos internos, donde se visualizan en un entorno caótico; llevándolos a un estado de depresión y ansiedad constante.

La Organización Mundial de la Salud, estima que más de 300 millones de personas de todas las edades padecen un grado de depresión, de las cuales, menos de la mitad tienen acceso al tratamiento. Se estima que en el año 2020, la depresión será la segunda causa más común de discapacidad.

Por medio de una encuesta realizada en 10 países, se concluyó que es más frecuente la depresión en los países occidentales (3,0 a 5,8%), que en las civilizaciones orientales (0,8 a 2,3%).

Desde hace más de tres décadas atrás, la esperanza de vida ha ido en aumento a nivel mundial y de manera proporcional el estado depresivo en personas geriátricas; debido a la existencia de enfermedades crónico-degenerativas en este grupo poblacional.

En la actualidad es necesario que el sector salud ponga mayor atención, en lo que respecta a la enfermedad de depresión en este grupo, debido a que muchos de estas personas presentan la afección pero pasan desapercibidas, al no utilizarse el instrumento adecuado y eficaz para su diagnóstico oportuno.

En la evaluación diagnóstica de la depresión del adulto mayor, la mayoría de los médicos de primer nivel de atención, aplican la escala de depresión de Yesavage o escala de Depresión Geriátrica (GDS) abreviada; esta escala fue el primer instrumento creado especialmente para población de adultos mayores, usada como una herramienta para la detección oportuna de la depresión.

La versión original de la escala de depresión del adulto mayor, constaba de 30 reactivos, la cual, tiene el 84% de sensibilidad y un 95% de especificidad; su desventaja fue debido a la fatiga o a una pérdida en el mantenimiento de la atención del paciente geriátrico, por lo que se tuvo la necesidad de desarrollar una versión abreviada de la GDS, en la que emplean 15 reactivos de la versión original, eliminando los reactivos psicósomáticos, y solo se dejaron los psicológicos, propuesta por Yesavage; esta escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas y una correlación elevada con la versión de 30 reactivos, con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 72% para detectar la depresión y una confiabilidad de acuerdo a la alfa de Cronbach de 0.79. (12,14,15)

Sin embargo el test de Beck II, es considerada la escala que se utiliza a nivel internacional, en estudios de psiquiatría demuestran que la escala de depresión de Beck II tiene mejor confiabilidad que la de Yesavage, con una confiabilidad mayor cuando es aplicada en pacientes geriátricos, se obtiene una alfa de Cronbach hasta del 0,89.<sup>17</sup>

Con la explicación anterior se estructura la siguiente interrogante:

¿Cuál de las siguientes escalas; Beck II o Yesavage tiene mayor eficacia diagnóstica en la depresión del adulto mayor?

## JUSTIFICACIÓN

En las personas geriátricas es común el diagnóstico de múltiples enfermedades somáticas, dejando desapercibidos los padecimientos mentales, de los cuales predomina la depresión, esta patología ha ido en aumentando en los últimos 55 años.

En algunos los países Europeos existe un envejecimiento progresivo más evidente, como lo es en España, con una población de personas mayores de 694 millones, en donde se estima que aumentara la población geriátrica, entre 1970 y 2025, estimándose un aumento del 223%; por lo tanto en el 2025 se alcanzarán cerca de 1 200 millones de personas con una edad mayor a los 65 años y por consecuencia, un aumento significativo en la depresión.<sup>2,6</sup>

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) reporta que en México, de los 103.3 millones de habitantes del país, 8.2 millones oscilan entre más 60 años, por lo que en el 2030 serán 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán los 36.2 millones de población en edad geriátrica. La depresión en México, se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes, con prevalencia del 5.8 al 10%. Siendo del 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. Estudios epidemiológicos demuestran que el trastorno depresivo mayor, es baja la prevalencia del 1.8%, comparada con la depresión menor con un 9.8%; sin embargo los síntomas depresivos subsindrómicos tienen una alta prevalencia del 13.5%, esto se relaciona con las enfermedades crónico-degenerativas, debido a que son más frecuentes en los adultos mayores, pues este grupo, recurre hasta cuatro veces más a los servicios de salud que el resto de la población.<sup>3</sup>

La estandarización de la aplicación de una escala única de depresión para el adulto mayor, permitirá mejores resultados en diagnóstico temprano de dicha patología y así poder iniciar un tratamiento farmacológico y no farmacológico oportunamente; evitando con esto estadios avanzados de depresión grave y con ello una disminución de energía, que merma sus actividades cotidianas, disfunción social, familiar y en caso extremo los intentos de suicidio de estos pacientes.

La población geriátrica adscrita a la Unidad de Medicina Familiar número 80, se beneficiará con un diagnóstico oportuno por lo mencionado anteriormente; logrando su reincorporación a los hogares y a la sociedad.

## **HIPÓTESIS**

La escala de depresión de Beck II es más eficaz que la escala de Yesavage, para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Comparar la eficacia de la escala de depresión de Beck II con Yesavage en el adulto mayor.

### **Objetivos secundarios**

- Evaluar el grado de confiabilidad entre la escala de depresión de Beck II y la de Yesavage en población geriátrica.
- Determinar la frecuencia de los rubros: distimia, inconformidad, alteraciones de la concentración y cuerpo vulnerable, entre el test de Beck II y Yesavage en el adulto mayor.
- Medir el nivel de efectividad de los test de depresión; Beck II y Yesavage por grupos de edades.
- Estimar la eficiencia mediante de los test de depresión; Beck II y Yesavage por género.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

El estudio que se realizara será observacional, descriptivo, transversal

### Población de estudio

La unidad de medicina familiar 80 cuenta con una población de 15 939 personas  $\geq 65$  años de edad; este rango de edad será considerado como la población de adultos en edad mayor.

El tamaño de la muestra será 246 derechohabientes de Unidad de Medicina Familiar N° 80, la cual se obtuvo con base a la ecuación de una proporción.<sup>20</sup>

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p_0 \times q_0}{d^2}$$

Donde:

$Z_{\alpha}^2$ : Nivel de confianza 95% = 1.96

$P_0$  = Proporción de adultos mayores con depresión = 20%<sup>3</sup>

$Q_0$  = complemento de la proporción = 1 -  $P_0$  = 0.80

$d$  = Grado de error que puede ser tolerado = 5% = 0.05

Sustituyendo valores:

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.20) (0.80)}{(0.05)^2} = \frac{0.614656}{0.0025} = 245.86 = 246 \text{ adultos mayores}$$

Se invitará a participar a toda la población  $\geq 65$  años de edad, independientemente de género, que acuda a la consulta externa de geriatría en el Hospital General Regional 01 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con adscripción a la Unidad de medicina Familiar N° 80.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes  $\geq 65$  años de edad.
- Tanto hombres como mujeres
- Derechohabientes con adscripción a la unidad de medicina familiar 80 que acudan a la consulta externa de geriatría del Hospital General Regional No.1 (HGR No.1).
- Pacientes con y sin comorbilidades: Diabetes, Hipertensión y dislipidemias.
- Que hayan firmado el consentimiento informado de aceptación del estudio de investigación

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes ya diagnosticados con depresión.
- Derechohabientes que estén tomando fármacos antidepresivos, benzodiazepinas y antipsicóticos.
- Personas que tengan diagnósticos de Alzheimer y/o enfermedad psiquiátrica.

### **Criterios de eliminación**

- Pacientes que no acepten firmar el conocimiento informado y que en transcurso del protocolo de evaluación desistan en continuarlo.
- Pacientes que no respondan el 100% de ambas encuestas.

### **Definición de variables**

En el estudio a realizar la variable independiente será la depresión y las variables dependientes serán: El test de la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada, la escala de depresión de Beck II, edad, género, distimia, inconformidad, alteraciones de la concentración y cuerpo vulnerable.

## Cuadro operacional

Cuadro operacional: Eficacia de las escalas de depresión en el adulto mayor				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Depresión	Es una enfermedad mental en la cual la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades.	Se utilizará 2 escalas de Depresión: escala de depresión geriátrica la cual se clasifica en: 0-5 puntos: sin depresión. 6-10 puntos: depresión moderada. 11-15 puntos: depresión severa y la escala de depresión de Beck II que se clasifica de la siguiente forma: 0-9 puntos: Pacientes no deprimidos. 10-15 puntos: Pacientes	Cualitativa	1. Con depresión 2. Sin depresión 3. Depresión moderada 4. Depresión severa 5. Ligeramente deprimido 6. Moderadamente deprimido 7. Gravemente deprimido.

		<p>ligeramente deprimidos.</p> <p>16 - 24 puntos: Pacientes moderadamente</p> <p>25-62 puntos: Pacientes gravemente deprimidos.</p>		
Eficacia del diagnóstico de depresión	Es la efectividad para detectar el trastorno mental, que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés.	Se medirá la eficacia de las escalas de depresión de Beck II y Yesavage, mediante la alfa de Cronbach: Se considerará eficaz cuando se obtenga un índice de Cronbach $\geq 0.7$	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eficaz</li> <li>2. No eficaz</li> </ol>
Edad	Cada uno de los períodos que se considera dividida la vida humana.	Se agrupará en tres grupos edad: 65 a 74 años 75 a 84 años. $\geq 85$ años	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- 65 a 74 años</li> <li>2.- 75 a 84 años</li> <li>3. <math>\geq 85</math> años</li> </ol>

Sexo	Es una serie de variantes que conducen a ideas en general, la diferenciación de las especies y la reproducción de la raza.	Se agrupa en dos grupos: masculino femenino		1.- Masculino 2.- Femenino
Distimia	Trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple todos los patrones diagnósticos de la depresión.	Se aplicará la escala de depresión geriátrica considerando, como distimia los siguientes reactivos de la escala: 3, 4, 7, 11  Se aplicará la escala de depresión de Beck II, considerando como distimia los siguientes reactivos de la escala: 1, 4, 10, 12, 21	Cualitativa	1. Sin distimia 2. Con distimia

Inconformidad	Es cuando la persona no acepta una situación o lo socialmente establecido.	Se aplicará la escala de depresión geriátrica considerando, como inconformidad los siguientes reactivos de la escala: 1, 5, 8, 15  Se aplicará la escala de depresión de Beck II, considerando como inconformidad los siguientes reactivos de la escala: 2, 3, 8, 9, 13	Cualitativa	1. Sin inconformidad . 2. Con inconformidad .
Alteraciones de la concentración	Es la falta de concentración o trastorno en la capacidad de concentración.	Se aplicará la escala de depresión geriátrica considerando, como	Cualitativa	1. Sin alteraciones de la concentración. 2. Sin alteraciones de

		<p>alteraciones de la concentración los siguientes reactivos de la escala: 6, 10, 12, 13.</p> <p>Se aplicará la escala de depresión de Beck II, considerando como alteraciones de la concentración los siguientes reactivos de la escala: 5, 6, 14, 17, 19</p>		la concentración.
Cuerpo vulnerable	Partes del cuerpo sensibles en el organismo sufre graves daños incluso se puede llegar a la muerte.	Se aplicará la escala de depresión geriátrica considerando, como cuerpo vulnerable los siguientes reactivos de la escala: 2, 9, 14	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuerpo no vulnerable.</li> <li>2. Cuerpo vulnerable.</li> </ol>

		Se aplicará la escala de depresión de Beck II, considerando como cuerpo vulnerable los siguientes reactivos de la escala: 7, 11, 15, 16, 18, 20		
--	--	---	--	--

### **Recursos, financiamiento y factibilidad**

Para el protocolo de investigación se cuenta población muestra, la cual será obtenida, de consulta externa la consulta externa de geriatría del HGR No. 1 con adscripción a la unidad de medicina familiar No. 80.

Los insumos que se requieren son hojas con los test de las escalas de depresión, un consentimiento informado que se les proporcionará a la población muestra, bolígrafos, el programa estadístico y un equipo de cómputo; estos recursos serán otorgados por el residente de medicina familiar, por lo que concluye que es factible la realizar de dicho protocolo.

### **Descripción operativa**

Con autorización del comité de investigación y ética local, el médico residente de medicina familiar acudirá a la consulta externa de geriatría de ambos turnos en el HGR No. 1, se seleccionarán los pacientes que pertenecen a la Unidad de Medicina Familiar número 80; donde se exhortará a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión de este estudio, del 1 de septiembre 2017 al 30 de marzo 2018 se llevará a cabo la aplicación de los test, con previa firma del consentimiento informado por escrito (anexo 1); una vez firmado, se aplicará el test: Escala de depresión de Beck II (anexo 3), que consta de 21 reactivos

clasificándolos de la siguiente manera: 0-9 puntos: Paciente no deprimido, de 10-15 puntos: Paciente ligeramente deprimido, de 11-24 puntos: Paciente moderadamente deprimido y de 25-62 puntos: Paciente gravemente deprimido; con una alfa de Cronbach 0.89.<sup>17</sup> Posteriormente al mismo paciente se le aplicará la escala de Depresión Geriátrica abreviada o de Yesavage (anexo 2) que consta de 15 reactivos, clasificando de la siguiente manera: 0-5 puntos: sin depresión, de 6-10 puntos: depresión moderada y 11-15 puntos: depresión severa; con una alfa de Cronbach de 0.79 <sup>14, 15</sup>. El intervalo de la aplicación ambas pruebas diagnósticas, se esperarán 30 minutos de descanso entre una y otra, esto con el fin de evitar que presenten pérdida de la atención y concentración del sujeto a estudio. Los beneficios de este estudio, serán identificar cual test es el más adecuado para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor. La información obtenida se vaciarán en la hoja de concentración de datos recolectados en Excel; en base a los resultados en cada caso, se le planteará al paciente que haya salido positivo para cualquier grado de depresión, se derivará con su médico familiar para iniciar su atención oportuna; ya sea con terapia cognitivo conductual y/o farmacológica. Posteriormente los resultados del concentrado de la hoja de Excel, se vaciarán en una base de datos estadísticos IMB SPSS versión 23 para su posterior análisis.

### **Tratamiento estadístico**

Se utilizara el criterio de Kolmogorov-Smirnov para elegir el estadístico de contraste.

Se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson para relacionar los puntajes de ambas escalas de depresión.

Se empleará el estadístico Kappa o Mc Nemar para establecer concordancia del cribaje de ambas escalas.

Se observará mediante ROC la sensibilidad y la especificidad de los instrumentos (escalas).

Además se hará validez convergente, concurrente o discriminante para los instrumentos.

A los instrumentos (escalas) utilizados se les hará análisis de fiabilidad mediante el alfa de Cronbach.

Para las variables continuas se exhibirán en promedio con su respectivo error estándar o desviación estándar; para las cualitativas nominales se expresaran con su frecuencia y porcentaje en cada variable.

Los resultados estadísticamente significativos serán cuando el valor de p asocie aun  $p < 0.05$ . Para el procesamiento de los datos se empleara el paquete estadístico llamado Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0. Se presentarán tablas de contingencia y gráficos de barras de los resultados.

### **Consideraciones éticas**

Para llevar a cabo el desarrollo del protocolo de investigación se contemplan los siguientes aspectos éticos.

- El protocolo de investigación toma en cuenta las recomendaciones que realizo el comité de ética conforme se establece en la Ley General de Salud.
- De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículo N° 17 párrafo tres; el protocolo de investigación que se realiza tiene un nivel de riesgo menor, el cual es la aplicación de la escala de depresión del adulto geriátrico y la escala de depresión de Beck I para valorar la eficacia, así como la detección de depresión en la población de adultos mayores.
- Se cuenta con un consentimiento informado de cada paciente que aceptó su autonomía.
- El bienestar del paciente siempre será la prioridad en el desarrollo de esta investigación.
- Conforme al código de ética médica de Núremberg y el acuerdo de Helsinki; se mantendrá la confidencialidad de la información así como la identidad de los participantes del protocolo de investigación.

## RESULTADOS

Se realizó este estudio en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 80, encuestados en el Hospital General Regional Número 1 en consulta externa de Geriatría sin diagnóstico ni tratamiento de depresión en el adulto mayor, tomando una muestra de 248 pacientes, siendo 124 masculinos y 124 femeninos. La muestra fue elegida con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, aceptando un consentimiento bajo información todo aquel paciente con igual o mayor de 65 años de edad, obteniendo una muestra de 50% de cada género.

Valoramos la eficiencia en cada escala, con la concordancia, sensibilidad y especificidad; demostrando resultados predictivos en la planeación y organización de este protocolo de investigación, de la aplicación de los test de Yesavage y Beck II en pacientes de más de 65 años de edad, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 1. Concordancia del test de Yesavage y el test de Beck II**

		Grados de depresión (Yesavage)			P valor
		Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa	
Grados de depresión (Beck II)	Sin depresión	118 47.6%	6 2.4%	0 0.0%	0.000
	Depresión ligera	45 18.1%	7 2.8%	0 0.0%	
	Depresión moderada	22 8.9%	20 8.1%	4 1.6%	
	Depresión severa	4 1.6%	15 6.0%	7 2.8%	

Tabla 1.- del 100% de pacientes de la muestra se registró un 58.5% de la muestra, en la cual hubo una concordancia en ambas aplicaciones de los test; del 58.5% se registró el 47.6% sin depresión; el 10.9% mostraron un grado depresión, de estos el 8.1% tiene una relación

de ambos test en depresión moderada; en relación a depresión severa una relación de 2.8%. Esta relación en ambos test se obtuvo una significancia de Chi-Cuadrada de 0.000.

**Tabla 2.Sensibilidad y especificidad de los test de depresión**

Test de depresión	Yesavage	Beck II	P valor***
Sensibilidad	62.4 %	95.2 %	0.000
Especificidad	89.80 %	42.7 %	
VPP*	95.2 %	62.4 %	
VPN**	42.7 %	89.8 %	
Exactitud de la prueba	0.6895	0.6895	
Prevalencia	76.2 %	50%	

**Tabla 3.Confiabilidad del test de Yesavage y Beck II**

Test de depresión	Confiabilidad
Test de Yesavage	<b>0.791</b>
Test de Beck II	<b>0.926</b>

Tabla 3.- Se encontró la fiabilidad de con la Alfa de Cronbach en el test de Yesavage un valor de 0.791, en relación al test de Beck II se demostró un resultado con valor de alfa de Cronbach de 0.926.

**Tabla 4. Distimia en relación a las escalas de depresión**

Escalas de depresión		Distimia	
		positivo	no
Test Yesavage	sin depresión	0 0.0%	189 76.2%
	con depresión	19 7.7%	40 16.1%
Test Beck II	sin depresión	1 0.4%	123 49.6%
	con depresión	91 36.7%	33 13.3%

Tabla 4.- En la esfera de distimia: el mayor porcentaje en relación aquellos pacientes de la con un valor positivo distimia y depresión fue de 7.7% vs 0% en pacientes sin depresión en el test de Yesavage.

En lo que concierne al test de Beck II el mayor porcentaje de los pacientes de la con un valor positivo distimia y depresión fue de 36.7% vs 0.4% en pacientes sin depresión.

**Tabla 5. Distimia en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II**

Escalas de depresión		Inconformidad	
		si	no
Test Yesavage	sin depresión	0 0.0%	189 76.2%
	con depresión	15 6.0%	44 17.7%
Test Beck II	sin depresión	1 0.4%	123 49.6%
	con depresión	48 19.4%	76 30.6%

Tabla 5.- En la esfera de inconformidad: en orden de ponderación en relación con los pacientes de la con un valor positivo inconformidad y depresión fue del 6% vs 0% en pacientes sin depresión en el test de Yesavage.

En lo que respecta al test de Beck II el mayor porcentaje de los pacientes de la con un valor positivo inconformidad y depresión fue de 19.4% vs 0.4% en pacientes sin depresión

**Tabla 6. Distimia en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II**

Escalas de depresión		déficit de concentración	
		si	no
Test Yesavage	sin depresión	4 1.6%	185 74.6%
	con depresión	24 9.7%	35 14.1%
Test Beck II	sin depresión	0 0.0%	124 50.0%
	con depresión	51 20.6%	73 29.4%

Tabla 6.- En la esfera de déficit de concentración: se obtuvieron los siguientes porcentaje en los pacientes de la con un valor positivo déficit de concentración y depresión fue del 9.7% vs 1.6% en pacientes sin depresión en el test de Yesavage.

En el test de Beck II el mayor porcentaje de los pacientes de la con un valor positivo déficit de concentración y depresión fue de 20.6% vs 0% en pacientes sin depresión

**Tabla 7. Vulnerabilidad en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II**

Escalas de depresión		Vulnerabilidad	
		si	no
Test Yesavage	sin depresión	44 17.7%	145 58.5%
	con depresión	48 19.4%	11 4.4%
Test Beck II	sin depresión	13 5.2%	111 44.8%
	con depresión	95 38.3%	29 11.7%

Tabla 7.- En la esfera de vulnerabilidad: en orden de ponderación en relación con los pacientes de la con un valor positivo vulnerabilidad y depresión fue del 6% vs 0% en pacientes sin depresión en el test de Yesavage.

En lo que respecta al test de Beck II el mayor porcentaje de los pacientes de la con un valor positivo vulnerabilidad y depresión fue de 19.4% vs 0.4% en pacientes sin depresión.

**Tabla 8. Grupo etario en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II**

		Grupos de edad		
		65 a 74	75 a 84	85 a 94
sin depresión (Yesavage)	sin depresión	113 45.6%	60 24.2%	16 6.5%
	depresión moderada	31 12.5%	12 4.8%	5 2.0%
	depresión severa	6 2.4%	3 1.2%	2 .8%
grado de depresión (Beck II)	sin depresión	76 30.6%	37 14.9%	11 4.4%
	depresión ligera	32 12.9%	16 6.5%	4 1.6%
	depresión moderada	25 10.1%	16 6.5%	5 2.0%
	depresión severa	17 6.9%	6 2.4%	3 1.2%

Tabla 8.- En el test de Yesavage se obtuvo en pacientes sin depresión de 65 a 74 años de edad con una frecuencia de 45.6%; en los pacientes sin depresión, en el grupo etario de 75 a 84 años de edad del 24.2%. En el grupo de pacientes con depresión moderada se registró un 12.5% en el grupo de pacientes de 65 a 74 años de edad.

En relación en la prueba de Beck II se obtuvieron los resultados en población de sin depresión de 30.6% en pacientes de 65 a 74 años de edad; en la población geriátrica de 75 a 84 años de edad se obtuvo un 14.9% en pacientes sin depresión; en cambio en pacientes con depresión moderada se registró 12.9% en el grupo etario de 65 a 74 años de edad.

**Tabla 9. Género en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II**

		Género		P valor
		Masculino	Femenino	
Grados de depresión (Test Yesavage)	sin depresión	101 40.7%	88 35.5%	0.047
	depresión moderada	21 8.5%	27 10.9%	
	depresión severa	2 .8%	9 3.6%	
	sin depresión	72 29.0%	52 21.0%	
Grados de depresión (Test Beck II)	depresión ligera	25 10.1%	27 10.9%	
	depresión moderada	18 7.3%	28 11.3%	
	depresión severa	9 3.6%	17 6.9%	

Tabla 9.- En relación al género en el test de Yesavage se obtuvieron los siguientes resultados: los hombres se deprimen el 9.3% y en cambio las mujeres se deprimen el 14.5%, siendo significativo con una P valor de 0.047.

En lo que concierne a la prueba de Beck II en relación al género en pacientes con depresión se obtuvieron los siguientes resultados: en el género masculino se registró 21%, en relación al género femenino se obtuvo el 29% con depresión; con un valor de P de 0.047.

**Tabla 10. Comorbilidades en relación a las escalas de depresión de Yesavage versus Beck II**

Escalas de depresión		Comorbilidades	
		si	No
Grados de depresión (Test Yesavage)	sin depresión	145 58.5%	44 17.7%
	depresión moderada	39 15.7%	9 3.6%
	depresión severa	9 3.6%	2 .8%
	sin depresión	96 38.7%	28 11.3%
	depresión ligera	42 16.9%	10 4.0%
Grados de depresión (Test Beck II)	depresión moderada	35 14.1%	11 4.4%
	depresión severa	20 8.1%	6 2.4%

Tabla 10.- En este grupo geriátrico es importante relacionar las enfermedades concomitantes en el test de Yesavage se mostró: en la población sin depresión fue de 58.0% y del 19.8% en pacientes con depresión. En cambio en el test de Beck II, los pacientes sin depresión y comorbilidades se obtuvo el 38.7% y en cambio la depresión con comorbilidades fue del 39.1%.

## CONCLUSIONES

Del número de pacientes obtenidos en la muestra, se observó que el test de Beck II detectó estadios más tempranos de depresión, no siendo así con el test de Yesavage.

Tanto el test de Yesavage como el test de Beck II fueron eficaces para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor; ya que existe una asociación significativa entre ambos, sin embargo tuvo mayor confiabilidad el test de Beck II.

Se mostró una tendencia mayor el cualquier grado de depresión en el género femenino tanto en el test de Yesavage como el de Beck II.

La mayor cantidad de pacientes sin depresión, se encontró en el grupo etario entre los 65 a 74 años, mostraron un grado de depresión en ambos inventarios.

Por último, no hay asociación de comorbilidades y la prescripción crónica de ciertos fármacos hasta el momento, ya que aquellos pacientes que tenían comorbilidades y uso de fármacos de forma crónica no presentaron ningún grado depresión, tanto en el test de Yesavage como en el de Beck II.

## DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito evaluar la eficacia de la escala de depresión de Yesavage contra la escala de depresión de Beck II en el adulto mayor.

Sobre todo, se pretendió examinar cuál de las dos escalas tiene mayor sensibilidad y especificidad, además de conocer cómo se comporta la depresión por género y grupo etario de acuerdo a su prevalencia en pacientes de edad geriátrica, se identificar cual es el rubro más alterado en cada test según la clasificación que se le dio en los test evaluados, así como determinar si el test de depresión de Yesavage tuvo mayor confiabilidad sobre el test de depresión de Beck II. Por ultimo también se buscó se existe una asociación de depresión de adulto mayor en cuanto a enfermedades crónicodegenerativas y otras; excluyendo solamente las enfermedades mentales.

De los resultados obtenidos en esta investigación en cuanto a la eficacia, se evaluó cuatro parámetros: La sensibilidad, especificidad, la confiabilidad y la concordancia entre ambas escalas de depresión estudiadas, porque se puede deducir lo siguiente: A pesar de que autores como María Izal<sup>21</sup> y colaboradores en un estudio realizado en el 2018 de la comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) , la escala de Yesavage que consta de 15 ítems tuvo sensibilidad del 95,7% y una especificidad del 84.3%, lo cual también coincide con Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C<sup>14</sup> en su estudio cual afirman que la escala abreviada de Yesavage tiene una sensibilidad y especificidad semejante con el autor comentado previamente; al ser comparado nuestros resultados obtenidos de las dos escalas que se evaluaron en nuestro estudio nos reportó que la escala de Yesavage tiene mejor sensibilidad que la compara con el estudio previamente mencionado con el 62.4% de sensibilidad y una especificidad del 89.8%; la escala de depresión mostró una sensibilidad muy por arriba de la de lo que menciona la literatura, con una sensibilidad del 95.2% y 42.7% de especificad. Por ende la escala de depresión de Beck II tiene una mayor sensibilidad para detectar estadios de depresión leve en el adulto mayor; no siendo así en la escala de depresión de Yesavage que detecta depresión hasta que se encuentra en un

estadio moderado. Además la escala o test de Beck II es el protocolo realizado tuvo una confiabilidad de 0.9626 contra 0.791 que se obtuvo del test de Yesavage, esto es diferente a los que publicaron Gómez-Angulo<sup>22</sup> y colaboradores, lo cual lo reafirma el estudio de Rodríguez- Testal JF, Valdés M. Benítez MM<sup>13</sup> los cuales mencionan que la escala de Yesavage tiene una confiabilidad de 0.87. Por último se observó que existe concordancia al aplicar tanto la el test de depresión de Yesavage como es test de depresión de Beck II, con una p valor de 0.0001.

De nuestros resultados obtenidos en esta investigación, los pacientes con depresión la incidencia predominó en el género femenino 14.5% contra un 9.3% masculino en el test de Yesavage, en el test de beck II el 29% fue el género femenino y 21% masculino; ambas escalas obtuvieron un p valor de 0.047, este estudio es con otros estudios epidemiológicos realizados en la población general a pensar de que la mayoría de los pacientes encuestados salieron sin depresión posiblemente porque solo que hizo en una muestra muy pequeña; Sotelo-Alonso<sup>23</sup> es tu estudio “La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención” , cita que en el 2005 la prevalencia de depresión en mujeres fue 5.8% en las mujeres, y 2.5% y esta se va incrementando con el paso de que el adulto envejece teniendo su pico máximo en pacientes de 60 a 78 años, lo que es muy similar con los datos obtenidos en los resultados cuando se analizó el grupo etario que tuvo depresión se encontraba en un rango de los 65 a 74 años de edad lo cual concuerda lo el autor mencionado anteriormente y con el estudio de Millán-Calenti J, Maseda A, Rochette S G-MI<sup>2</sup> es su publicación del 2011 en el cual hace mención de que el género femenino tiene más a deprimirse y sobre todo cuando llegan a la menopausia, esto debido a todo los cambios que sufre dicho género.

La forma que se clasificó los ítems de las dos escalas de depresión evaluadas es este protocolo no fue posible comparar estos resultados con otros estudios realizados en México, debido a que no se han hecho estudios ya que el asesor de dicho proyecto en base a su experiencia hizo la clasificación obteniendo los siguientes porcentajes en orden de frecuencia de acuerdo a la escala de Yesavage 37.1% fue el rubro de la vulnerabilidad, 11.3% rubro déficit en la concentración, 7.7% rubro de la distimia, 6% en el en el rubro de inconformidad; en lo que respecta a la escala de Beck II el 43.5% fue el rubro de la

vulnerabilidad, 37.1% rubro de la distimia, 20.6% rubro déficit en la concentración, 19.8% en el rubro de inconformidad.

Lazcano Ortiz<sup>24</sup> e tal en su estudio menciona que existe una asociación de padecer depresión en el adulto mayor cuando están presentes enfermedades crónico degenerativas, lo cual existe diferencia en nuestro estudio realizado tanto el test de Yesavage como el de depresión de Beck II no tuvo asociación de enfermedades crónico degenerativas con depresión en paciente geriátricos fue de 19.4% en el test de Yesavage y 39.1% en el test de Beck II, mas sin embargo pero Saavedra-Gonzalez AG e tal refieren que más que el paciente geriátrico que está deprimido es más por la dinámica familiar que lleva y no por las enfermedades crónico degenerativas que pudiera padecer.

Por lo tanto, no podemos llegar a afirmaciones: tanto la aplicación del test de Yesavage como el de test de depresión de Beck II pueden determinar como medio de tamizaje si existe depresión en población mayor de 65 años, sin embargo tienen mayor sensibilidad y confiabilidad el test de depresión de Beck II, ya que muchas veces los profesionales de la salud sobre todo los de primer nivel pasan por alto estadios leves de depresión, asociándolos a los cambios normales que ocurren en la vejez, por lo que hay que promover la aplicación del test de Beck II también en el adulto mayor; teniendo como foco prevención a los pacientes que se encuentran en una edad de 65 a 74 años, con predominio en mujeres; ya que es uno de los picos de depresión que experimenta el ser humano a lo largo de la vida.

Como sugerencia sería dar seguimiento en lo que confiere a la dinámica familiar aquellos pacientes de los cuales en el tamizaje para detectar depresión por el test de Yesavage o de Beck II fueron positivos alguno o ambos, ya que este estudio realizado no hubo asociación significativa de aquellos pacientes que presentaban depresión y alguna o algunas de las enfermedades crónico degenerativas.

La carencia de investigaciones y de conocimiento público relacionado con la depresión en el adulto mayor en los niveles de atención de primer contacto en el área de la salud, ha impedido que se pueda entender la magnitud de su impacto en nuestra sociedad. Este desconocimiento ha impedido que se realice la prevención adecuada sobre este grupo poblacional tan venerable como lo es adulto mayor. Es necesario que se para futuras

investigaciones, que se tome además cuales son estilos de vida del adulto mayor así como su actividades recreativas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Zarragoitia-Alonso I. Depresión: generalidades y particularidades. Editorial Ciencias Médicas. 2011. 4-138 p.
2. Millán-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, García-Monasterio I. Relationship between sensory hearing loss and depression in elderly people: a literature review. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011 Jan-Feb;46(1):30-5. doi: 10.1016/j.regg.2010.09.002
3. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León A, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam*. 2016;23(1):24-28.
4. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365(9475):1961-70.
5. Acosta F, Rodríguez L, Cabrera B. Beliefs about depression and its treatments: associated variables and the influence of beliefs on adherence to treatment. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013 Apr-Jun;6(2):86-92. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.08.001
6. Deví Bastida J, Puig Pomés N, Jofre Font S, Fetscher Eickhoff A. [Depression: A predictor of dementia]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016 Mar-Apr;51(2):112-8. doi: 10.1016/j.regg.2015.10.008
7. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997 Jul;12(7):439-45
8. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S; en representación del Grupo de Estudio Octabaix.. [Depression in the elderly: prevalence and associated factors]. *Semergen*. 2013 Oct;39(7):354-60. doi: 10.1016/j.semerg.2013.01.007
9. Castellón Leal E, Ibern Regàs P, Gili Planas M, Lahera Forteza G, Sanz González J, Saiz Ruiz J. El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatr Biológica*. 2016;23(3):112-7.
10. Evidence F, Action TO. CLINICIAN ' S CORNER Older Adults With Severe , Treatment-Resistant Depression. *J Am Med Association*. 2012;308(9):909-18.

11. López-Alvarez J, Leonés-Torres I, Culebras A, Navas MJP. Protocolo diagnóstico de depresión en ancianos. *Medicine (Baltimore)*. 2015;11(85):5103-6.
12. Izal M, Montorio I, Nuevo R, Pérez-Rojo G. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(4):227-32. DOI: 10.1016 / S0211-139X (07) 73555-2
13. Rodríguez-Testal JF, Valdés M, Benítez MM. Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): análisis procedente de cuatro investigaciones. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38(3):132-44. DOI: 10.1016/S0211-139X(03)74873-2
14. Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. 2002;12(10):620-30.
15. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Luz Muñoz-Mendoza C, Reig-Ferrer A. Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *Int J Clin Heal Psychol*. 2006;7(3):823-46.
16. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2.Propiedades psicométricas en población general. *Clin y Salud*. 2003;14(3):249-80.
17. Rodríguez-Gomez Jose R., Dávila-MártineMariel G. C-RLC. Estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición BDI-II con adultos mayores puertorriqueños. *PRHSJ*. 2006;25(2):127-32.
18. Portilla Franco ME, Gregorio Gil P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine*. 2014;11(62):3714-9.
19. Warren D. TM. Depression in the Elderly. *N Engl J Med*. 1989;320(3):164-6.
20. Talavera JO, Rivas Ruiz R BRL. Investigación clínica V. Tamaño de Muestra. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011;49(5):517-22.
21. Izal M, Montorio I, Nuevo R, Pérez-Rojo G. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(4):227-32.
22. Gómez-Angulo C; Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial.

- Universitas Psychologica, vol. 10, núm. 3, septiembre-diciembre, 2011, pp. 735-743.
23. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sanchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención Arch Med Fam 2012, 14; (1) 5-13.
  24. Lazcano M e tal. Nivel de depresión en el adulto mayor. Educación y Salud. 2015. Vol. 4 Núm. 7

## ANEXOS

### Anexo 1



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

**Título del estudio:** Eficacia de la escala de depresión de Beck II versus Yesavage en el adulto mayor

**Lugar y fecha:** Hospital General Regional. Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

**Número de registro** \_\_\_\_\_

**Justificación y objetivo del estudio:** En las personas edad avanzada es muy común la tristeza, por lo que es necesario dar importancia su detección oportuna; mediante la selección del instrumento adecuado y de mayor efectividad para detectar la enfermedad, evitando con esto que avance la enfermedad. El objetivo de este estudio es detectar y comparar la eficacia entre la escala de depresión geriátrica y la escala de depresión de Beck II, aplicada en la población de edad avanzada.

**Procedimientos:** Si usted acepta, se harán 2 cuestionarios relacionadas con el estado de ánimo en su consulta de geriatría, solicitándole a usted que me regale 40 minutos de su tiempo, solamente debe comprobar con su carnet de citas, que pertenece a la Unidad de Medicina Familiar No. 80. Estas preguntas se realizaran desde diciembre del 2017 hasta mayo del 2018.

**Posibles riesgos y o molestias:** Los 2 cuestionarios aplicados, no le representan ningún riesgo a usted, sin embargo, le pueden hacer sentir cierta incomodidad por el tipo de preguntas personales.

**Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:** Si usted sale positivo a depresión con alguno de los 2 cuestionarios realizados, recibirá el tratamiento adecuado.

**Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:** Usted tiene el derecho de contestar las preguntas de los 2 cuestionarios por decisión voluntaria, en caso de no acepte, no afectará en su atención médica futura.

**Privacidad y confidencialidad:** La respuestas que usted nos proporcione y su nombre se mantendrán en el anonimato.

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:**

Investigador responsable

Médico residente de medicina familiar: López Lara Iván  
Domicilio: Av. Francisco I. Madero Pte. 1200, Centro, C.P. 58000, Morelia, Michoacán.  
Teléfono: (443) 3609064

Asesor de tesis

Cirugía neurológica: José Félix Govea Arriaga  
Domicilio: Av. Bosques de los olivos #101, población la Goleta, municipio de Charo, Michoacán.

Teléfono: (443) 3772090

Coasesor de tesis

Anel Gómez García

Domicilio: Camino a Zimpaneo, 58000 Morelia, Michoacán

Teléfono: (443) 3282365

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:  
Comité local de Ética CLEIS 1601 con la Dra. Irma Hernández Castro tel. al 4433733620 o  
a la Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330  
4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP  
06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:  
comision.etica@imss.gob.mx

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene en consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

**Anexo 2.**

<b>Escala de depresión geriátrica abreviada o de Yesavage. (14)</b>		
1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente a menudo aburrido?	SÍ	NO
5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SÍ	NO
11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SÍ	NO
13- ¿Piensa que su situación es desesperada?	SÍ	NO
14- ¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ	NO

**Anexo 3.**

<b>Test de Depresión de Beck-II. (15)</b>
1) Tristeza No me siento triste Me siento triste la mayor parte del tiempo Estoy triste todo el tiempo Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo
2) Pesimismo No estoy desanimado/a respecto a mi futuro Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre No espero que las cosas se resuelvan Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor
3) Fracaso pasado No me siento fracasado/a He fracasado más de lo que debería Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos Creo que soy un fracaso total como persona
4) Pérdida de placer Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban No disfruto nada con las cosas que me gustaban
5) Sentimientos de culpabilidad No me siento especialmente culpable Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo Me siento culpable siempre
6) Sentimientos de castigo

<p>No creo que esté siendo castigado/a</p> <p>Creo que puedo ser castigado/a</p> <p>Espero ser castigado/a</p> <p>Creo que estoy siendo castigado/a</p>
<p>7) Desagrado hacia uno mismo/a</p> <p>Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre</p> <p>He perdido la confianza en mí mismo/a</p> <p>Me siento decepcionado conmigo mismo</p> <p>No me gusta a mí mismo/a</p>
<p>8) Autocrítica</p> <p>No me critico o culpo más que de costumbre</p> <p>Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre</p> <p>Me critico por todas mis faltas</p> <p>Me culpo por todo lo malo que sucede</p>
<p>9) Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>No pienso en suicidarme</p> <p>Pienso en suicidarme, pero no lo haría</p> <p>Desearía suicidarme</p> <p>Me suicidaría si tuviese oportunidad</p>
<p>10) Llanto</p> <p>No lloro más que de costumbre</p> <p>Lloro más que de costumbre</p> <p>Lloro por cualquier cosa</p> <p>Tengo ganas de llorar pero no puedo</p>
<p>11) Agitación</p> <p>No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre</p> <p>Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre</p> <p>Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a</p> <p>Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o</p>

<p>haciendo algo</p>
<p>12) Pérdida de interés</p> <p>No he perdido el interés por los demás o por las cosas</p> <p>Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes</p> <p>He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas</p> <p>Me resulta difícil interesarme por alguna cosa</p>
<p>13) Indecisión</p> <p>Tomo decisiones casi tan bien como siempre</p> <p>Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre</p> <p>Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre</p> <p>Tengo dificultades para tomar cualquier decisión</p>
<p>14) Sentimientos de inutilidad</p> <p>No creo que yo sea inútil</p> <p>No me considero tan valioso y útil como de costumbre</p> <p>Me siento más inútil en comparación con otras personas</p> <p>Me siento completamente inútil</p>
<p>15) Pérdida de energía</p> <p>Tengo tanta energía como siempre</p> <p>Tengo menos energía que de costumbre</p> <p>No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas</p> <p>No tengo suficiente energía para hacer nada</p>
<p>16) Cambios en el sueño</p> <p>No he notado ningún cambio en mi sueño</p> <p>Duermo algo más que de costumbre</p> <p>Duermo algo menos que de costumbre</p> <p>Duermo mucho más que de costumbre</p> <p>Duermo mucho menos que de costumbre</p> <p>Duermo la mayor parte del día</p> <p>Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme</p>

<p>17) Irritabilidad</p> <p>No estoy más irritable que de costumbre</p> <p>Estoy más irritable que de costumbre</p> <p>Estoy mucho más irritable que de costumbre</p> <p>Estoy irritable todo el tiempo</p>
<p>18) Cambios en el apetito</p> <p>No he notado ningún cambio en mi apetito</p> <p>Mi apetito es algo menor que de costumbre</p> <p>Mi apetito es algo mayor que de costumbre</p> <p>Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>Mi apetito es mucho mayor que de costumbre</p> <p>No tengo nada de apetito</p> <p>Tengo un ansia constante de comer</p>
<p>19) Dificultades de concentración</p> <p>Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>No me puedo concentrar tan bien como de costumbre</p> <p>Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato</p> <p>No me puedo concentrar en nada</p>
<p>20) Cansancio o fatiga</p> <p>No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre</p> <p>Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre</p> <p>Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer</p> <p>Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer</p>
<p>21) Pérdida de interés por el sexo</p> <p>No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre</p> <p>Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora</p> <p>He perdido totalmente el interés por el sexo</p>

**Anexo 4.**

Hoja de recolección de datos:

FOLIO: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

<b>Interrogantes</b>	<b>Escala de Beck II</b>	<b>Escala de Yesavage</b>
Alteraciones		
Distimia	/ 5	/4
Inconformidad	/5	/4
Alteraciones de la concentración	/5	/4
Cuerpo vulnerable	/6	/3
Grados de depresión		
Sin depresión		
Ligeramente deprimido		
Moderadamente deprimido		
Gravemente deprimido		

**Mapa cronológico del desarrollo de la investigación. Anexo 5.**

	2017-2018				2018-2019				2019		
	M	J	S	D	M	J	S	D	M	J	S
	a	u	e	i	a	u	e	i	a	u	e
	r	n	p	c	r	n	p	c	r	n	p
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	M	A	N	F	M	A	N	F	M	A	N
	A	g	o	e	a	g	o	e	a	g	o
	y	o	v	b	y	o	v	b	y	o	v
Inicio											
Selección del título	★										
Esquema del proyecto de investigación	★										
Elementos del proyecto	★										
Objetivo de la investigación	★										
Justificación de la investigación	★										
Desarrollo											
Revisión bibliográfica	★										
Elaboración de marco teórico	★										

Elaboración de metodología	★										
Presentación de avance tesis ante CLIES		★									
Recolección de datos				★	★	★	★				
Autorización de proyecto por SIRELSIS				★							
Procesamiento de datos				★	★						
Análisis de resultados				★	★	★					
Presentación de avance de investigación						★					
Cierre											
Resultado, discusión y conclusiones							★				
Realización manuscrito											
Publicación artículo											
Presentación final en foro investigación											

