



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO.1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TEMA
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL
SERVICIO DE ATENCIÓN DEL ENFERMO CRÓNICO

QUE PRESENTA LA C.
AIDA ARACELY MENDEZ ALARCÓN
MÉDICO CIRUJANO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DEL PROGRAMA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ASESOR CLÍNICO

DRA. SANDRA AIDEÉ BACA RODRÍGUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO

PERIODO DE ESPECIALIDAD
2006-2009

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

C. D. JOSÉ LUIS ANTÓN DE LA CONCHA.
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U. A. E. H.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE
MEDICINA DEL I. C. Sa.

DRA. ANGELINA FRANCO SUÁREZ.
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICO TITULAR EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1,
PACHUCA, HGO. DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DR. JOSÉ GUILLERMO BAUTISTA TENA
COORDINADOR DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN EN SALUD DEL IMSS

DR. SERGIO MARIANO PÉREZ LOZADA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS

DRA. MA. DE LA LUZ SUSANA ROMERO MORENO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HGZMF No. 1, IMSS

DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR, DEL IMSS

DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ASESOR CLÍNICO

DRA. SANDRA AIDEÉ BACA RODRÍGUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO

Agradecimiento

Agradezco en primer lugar a Dios por la vida y por la oportunidad que me ha proporcionado de ser médico, para poder ayudar a todo ser humano que así lo requiera.

Gracias a mis padres: Dr. Héctor Méndez Gómez y Sra. Soledad Alarcón de Méndez por haberme dejado valores y principios morales que para mí han sido inquebrantables.

A mis hermanos: Lic. Héctor Méndez Alarcón y Fis. Noelia Méndez Alarcón por su gran apoyo en la metodología y estadística de este protocolo de investigación.

A mi familia, mi esposo Juan y a mis hijos: Juan Yarib, Aline Denisse y Anel Aracely; por el apoyo recibido en cuanto a la orientación computacional sobre este trabajo de investigación.

A la noble institución IMSS ya que gracias a ella he sido formada desde el momento que fui estudiante de medicina, hasta la actualidad que soy médico familiar de base en la UMF No. 34.

A mis asesores clínico y metodológico: Dra. Gabriela García Laguna y Dra. Sandra Baca Rodríguez, por compartir conmigo sus conocimientos y parte de su tiempo.

A todo el personal del servicio de ADEC del HGZMF No. 1, por proporcionarme todo lo necesario, así mismo a todos los pacientes que me facilitaron la información requerida para poder llegar a la culminación de este trabajo de investigación. También al personal IMSS del HGZMF No.1 y UMF C/Hosp. No.7 en sus diferentes áreas por todo el apoyo recibido.

A todos ellos muchas gracias, el esfuerzo fue muy grande, pero al llegar a la culminación vemos que todo esto logró su cometido, el cual es proporcionar al Servicio de Atención al Enfermo Crónico (ADEC), una herramienta útil como es la escala de Yesavage de 15 ítems, para la detección de depresión y poder proporcionar la ayuda necesaria a estos pacientes para su diagnóstico oportuno y tratamiento específico.

Índice

Portada	1
Agradecimiento	2
Índice	3
Resumen	4
Marco teórico.....	6
Justificación	13
Planteamiento del problema	14
Objetivos	14
Hipótesis de trabajo	14
Material y método	15
Aspectos éticos	17
Recursos	18
Factibilidad	18
Resultados	19
Discusión	26
Conclusión	29
Referencias bibliográficas	30
Anexo 1	33
Anexo 2	34
Anexo 3	35
Anexo 4	36
Anexo 5	37

Resumen

Título Prevalencia de depresión en el adulto mayor en el servicio de atención del enfermo crónico.

Antecedentes La OMS reporta en 2001 que la depresión es el trastorno que ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de la enfermedad medida en años de vida perdidos, ajustados por discapacidad.(DALYS) Y es causa de pérdida de uno de cada 10 años de vida saludable, sobre todo en mujeres. Y que sólo una minoría recibe atención profesional.

En México el 13.4% de la población corresponde a los adultos mayores, dicho porcentaje se duplicará para los años venideros según lo estima el Consejo Nacional de Población.

El IMSS reporta que el 40% de los derechohabientes de 60 años o más han presentado depresión.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) la depresión es una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades.

En el DSM IV señala que el diagnóstico será básicamente clínico.

Debido a la falta de reporte del diagnóstico en el registro único de las actividades de atención integral de la salud (4.30.6), de depresión, en el servicio del ADEC, se investigará por medio de la escala de Yesavage la prevalencia de la depresión, y se podrá clasificar en leve, moderada y severa.

Objetivo Conocer la prevalencia con la que se presenta la depresión en el adulto mayor en el ADEC en el HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo.

Material y método: se realizó un estudio:

Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.

Criterios de selección De inclusión: pacientes del ADEC; cualquier sexo; adultos mayores (60 años o más); pacientes sin tratamiento psicofarmacológico. De exclusión: pacientes con discapacidad mental o problemas de habla; pacientes con tratamiento psicofarmacológico.

Resultados: Se observo que el mayor porcentaje es para el caso de depresión severa y el porcentaje menor corresponde al caso del “inicio” de la depresión. Siendo de vital importancia, ya que esto puede dar oportunidad para adoptar medidas de “prevención” y no llegar a convertirse en alguno de los siguientes casos como lo establece la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (leve, moderada, severa), donde ya se requiere otro tipo de terapéutica y no solo de prevención.

Tipo de depresión	MUJERES	HOMBRES
DEPRESIÓN	13	5
DEPRESIÓN LEVE	21	5
DEPRESIÓN MODERADA	25	13
DEPRESIÓN SEVERA	47	25
TOTAL	106	48

Discusión: De acuerdo a los resultados que obtuve en mi investigación considero que hay factores que predisponen a la presencia de depresión, por lo que expongo los siguientes:

<u>Factores Psicológicos:</u>	Pérdidas afectivas y Factores emocionales.
<u>Factores Biológicos:</u>	Factores Anatómicos, Orgánicos, y funcionales patológicos.
<u>Factores Sociales:</u>	Redes sociales, Factores económicos y familiares.

Conclusion: En ADEC en la 4.30.6 no existe reporte de depresión y sin embargo en mi investigación se señala que el 100 % de los pacientes cuentan con este diagnóstico, de ahí que yo deseo proporcionar a dicho servicio una herramienta útil como es la escala de Yesavage de 15 ítems para llegar a este diagnóstico y poder proporcionar la ayuda necesaria a estos pacientes para su diagnóstico oportuno y tratamiento específico.

Marco teórico

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su reporte sobre ‘Salud Mental en el mundo’ elaborado en 2001, indica que aproximadamente 450 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de alteración mental o neurológica, sin embargo, solo una minoría recibe atención profesional para sus problemas. En el mismo documento la OMS estimó que los trastornos mentales contribuyen con 12% al número total de años de vida perdidos, ajustados por discapacidad...”

La depresión es el trastorno que ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de la enfermedad medida en años de vida perdidos, ajustados por discapacidad, y es la causa de pérdida de uno de cada 10 años de vida saludable, sobre todo en las mujeres, entre las cuales la depresión es la principal causa de peso de la enfermedad”.⁽¹⁾

La OMS estima que para el 2020 la depresión en el adulto mayor estará por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad.⁽²⁾

En México el censo de población y vivienda del año 2000 señala que el 13.4% de la población corresponde a los adultos mayores de 50 años de edad. CONAPO estima que para el año 2025 se duplicará y para el año 2050 representará la cuarta parte de la población mexicana.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ocurre que alrededor del 40% de los derechohabientes de 60 años o más, ha presentado en algún momento de la vida un trastorno depresivo.^(3, 4)

Por otro lado en el HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo; del Servicio de Atención del Enfermo Crónico (ADEC), dentro de su estadística poblacional actual correspondiente a su universo de 162 pacientes activos (dato obtenido el 27/Noviembre/2008), determinarán el objeto de estudio y podremos determinar si en estos pacientes existe depresión.

Para comprender en qué consiste la depresión y tener un conocimiento más preciso acerca de su naturaleza, y por consiguiente ir teniendo una idea más clara de una definición de la misma será importante remitirse a la siguiente referencia: “De acuerdo con Ritterband y Spielberger⁽⁵⁾, pese a considerar la depresión como una entidad compleja y multifacética se pueden agrupar los síntomas en tres componentes principales: trastornos afectivos que incluirían los sentimientos de tristeza, abatimiento e inutilidad, dificultades cognoscitivas de pensamiento y concentración y síntomas conductuales, que incluyen problemas, de sueño y alimentación, disminución de la ejecución y abandono de la interacción con otras personas”.⁽⁶⁾

“El diagnóstico de depresión es básicamente clínico de acuerdo con los criterios establecidos en la cuarta revisión del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales” que dicta la APA “(DSM-IV) y la décima revisión de la

clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)" ⁽⁷⁾, que dicta la OMS. Que son los siguientes:

"A. Patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivos depresivos de que se inicia el principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos y que se caracteriza por cinco (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) el estado de ánimo habitual esta presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desanimo, desilusión e infelicidad
- (2) la concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima
- (3) se critica, se acusa o se autodescalifica
- (4) cavila y tiende a preocuparse por todo
- (5) critica, juzga y lleva la contraria a los otros
- (6) se muestra pesimista
- (7) tiende a sentirse culpable o arrepentido

B. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico."⁽⁸⁾

Como se advierte la depresión puede agruparse en tres componentes fundamentales: trastornos afectivos, dificultades cognoscitivas, síntomas conductuales. La APA coincide en señalar que los trastornos afectivos como tristeza profunda y los síntomas conductuales como disminución de su interés para casi todas las actividades. ^(9,10)

Hay autores que van describiendo algunas características más específicas de la depresión, y por consiguiente, la van precisando mejor para poder ser diagnosticada, se manifiesta como: "Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más... pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito". ^(11,12)

Dentro de este contexto de especificidad de la depresión, otros autores complementan los datos clínicos como son: "llanto fácil, aislamiento, labilidad emocional y agitación". ^(13,14, 15)

La depresión es un desorden psiquiátrico que se va instalando progresivamente en el adulto mayor hasta convertirse en una enfermedad crónica y recurrente, por lo que es necesario hacer un diagnóstico temprano y hacer un tratamiento oportuno. Este desorden a menudo no es diagnosticado y los ancianos deprimidos frecuentemente no reciben tratamiento o son maltratados. Además los ancianos con síntomas depresivos están en mayor riesgo de una declinación física subsiguiente. "Los ancianos de México no escapan a esta enfermedad, sin embargo, hay una escasez de reportes epidemiológicos sobre la depresión en ancianos de México."⁽¹⁶⁾

La depresión es una enfermedad con una prevalencia elevada; el costo de su atención es significativo, por consiguiente es necesario contar con un

método diagnóstico de detección temprana como se afirma en la siguiente cita:
 “ La depresión ocupa un lugar importante dentro de los problemas de salud pública, dadas sus altas tasas de incidencia dentro de la población y las consecuencias que este trastorno acarrea para la persona que lo sufre, para su entorno familiar y social y para el sistema sanitario que lo cubre, tal como señalan Peñate W.⁽¹⁷⁾.Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Rubí⁽¹⁸⁾; y Reyes Ortega y Cols.⁽¹⁹⁾.No obstante, todavía existe un importante obstáculo derivado de la dificultad misma para entender la naturaleza de la depresión y los síntomas genuinos que la componen, lo que aumenta el riesgo de emitir diagnósticos erróneos o imprecisos^(20,21,22,23,24,25). En este sentido Snaith⁽²⁶⁾ plantea que las escalas diseñadas para la evaluación de la depresión se caracterizan por la amplia variedad del área de la psicopatología que pretenden evaluar, lo cual puede conllevar a problemas de precisión en el diagnóstico”.⁽²⁷⁾

Dada esta situación se adoptará la escala de depresión geriátrica Yesavage y Brink con el objetivo de obtener un diagnóstico más oportuno y certero, además de que la escala brinda una sensibilidad de 85% y una especificidad de 95%.⁽²⁸⁾

Existen varias pruebas de escrutinio, se considerará la escala de depresión geriátrica de Yesavage ya que está plenamente validada y traducida al castellano.

“La escala de depresión geriátrica (EDG) de Yesavage ha sido específicamente desarrollada para ser ampliamente utilizada en el anciano⁽²⁹⁾. La EDG reúne los elementos del instrumento ideal: es autoadministrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores. Es un cuestionario cuya versión validada contiene 30 preguntas que evalúan síntomas específicos de la depresión geriátrica. A cada pregunta, el sujeto responde por sí o no en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresión moderada a grave”^(30, 31).

“Existen versiones acortadas de 15 e incluso 5 preguntas”,⁽³²⁾

Se adoptará la escala de 15 preguntas (**Anexo IV**), la que permitirá cumplir dos aspectos fundamentales:

- a) Determinar la prevalencia de la depresión en el ADEC del HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo.
- b) Y permitirá clasificar la depresión en leve, moderada y grave en los adultos mayores del ADEC. Como se muestra en el (**Algoritmo 1**) diagnóstico del paciente adulto mayor con depresión, asimismo en el (**Algoritmo 2**), el tratamiento correspondiente.

En el paciente de 60 o más años de edad que en el último mes durante al menos dos semanas, casi todos los días, responde sí al menos a una de las tres siguientes preguntas:

¿Se ha sentido triste, desanimado o deprimido?, ¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer?, ¿Se ha sentido con falta de energía o cansado, aún cuando no haya realizado sus actividades habituales?

Si la respuesta es sí se diagnosticará como síndrome depresivo y se deberá aplicar el criterio B del **(Anexo I)**, si la respuesta es no se diagnosticará sin síndrome depresivo. El síndrome depresivo comprenderá cuatro casos:

- 1.- Síndrome depresivo con tres o menos respuestas positivas de criterios A+B.
- 2.-Depresión leve 2 del criterio A+2 del criterio B.
- 3.-Depresión moderada 2 del criterio A+3 del criterio B.
- 4.-Depresión grave 3 del criterio A+4 o más del criterio B y/o riesgo suicida y/o síntomas psicóticos.

El caso 1 solo amerita consejería médica y vigilancia periódica. Los casos 2 y 3 se deberá hacer diagnóstico diferencial (interrogatorio propositivo, EF, Laboratorio y gabinete) Anexo II. El caso 4 se requiere enviar a urgencias del hospital correspondiente.

En los casos 2 y 3 deberá hacerse diagnóstico diferencial con otras enfermedades médicas **(Anexo II)**, se realizará el tratamiento de la otra enfermedad. En caso de resultar depresión se valorará la comorbilidad, bifurcándose en sí y no, en caso de ser sí requiere de manejo concomitante de comorbilidad valorando interacciones medicamentosas; en caso de ser no, se realizará el tratamiento de la depresión señalado en el algoritmo 2.

Tratamiento del paciente adulto mayor con depresión de acuerdo al algoritmo 2 incluye tres intervenciones:

- 1.- Intervención psicoterapéutica.
- 2.-Intervención psicofarmacológica.
- 3.- Intervención psicosocial.

La intervención psicofarmacológica **(Anexo III)**, incluye primera y segunda elección, la primera elección comprende fluoxetina 10 a 20 mg VO cada 24 horas con dosis de mantenimiento de 20 a 40 mg VO cada 24 horas, la segunda elección citalopram 10 a 20 mg VO cada 24 horas con dosis de mantenimiento de 20 a 40 mg VO cada 24 horas, las dos elecciones en caso de ansiedad y/o insomnio agregar clonazepam gotas, de 0.1 a 3 mg en 24 horas, VO diluido a dosis-respuesta.

En la intervención psicoterapéutica amerita consejería psicológica en la consulta médica.

En la intervención psicosocial amerita optimización de redes de apoyo social formal e informal.

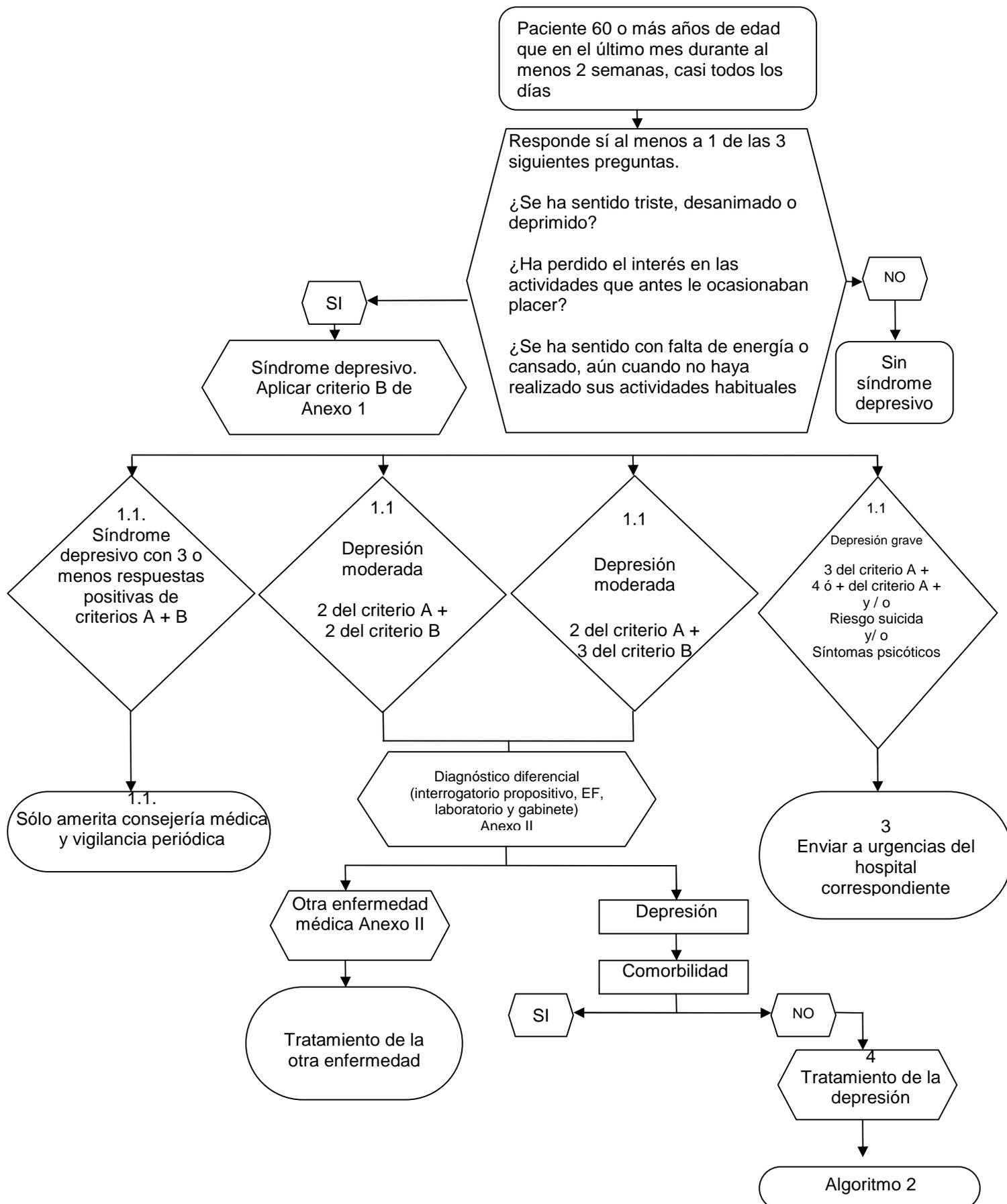
En todas estas intervenciones se requiere vigilar y evaluar la tolerancia y adherencia al tratamiento mediante consultas cada dos semanas; la mejoría debe presentarse en un periodo máximo de seis semanas. Posteriormente vigilar la evolución del paciente con tres alternativas: remisión, mejoría parcial, sin mejoría. Habiendo remisión deberá continuar el tratamiento por un año con consultas cada mes y hacer discontinuación gradual del fármaco y alta, después de un año sin síntomas.

Paciente sin mejoría a seis semanas de iniciado o ajustado el tratamiento, o que empeora se deberá enviar con el psiquiatra.

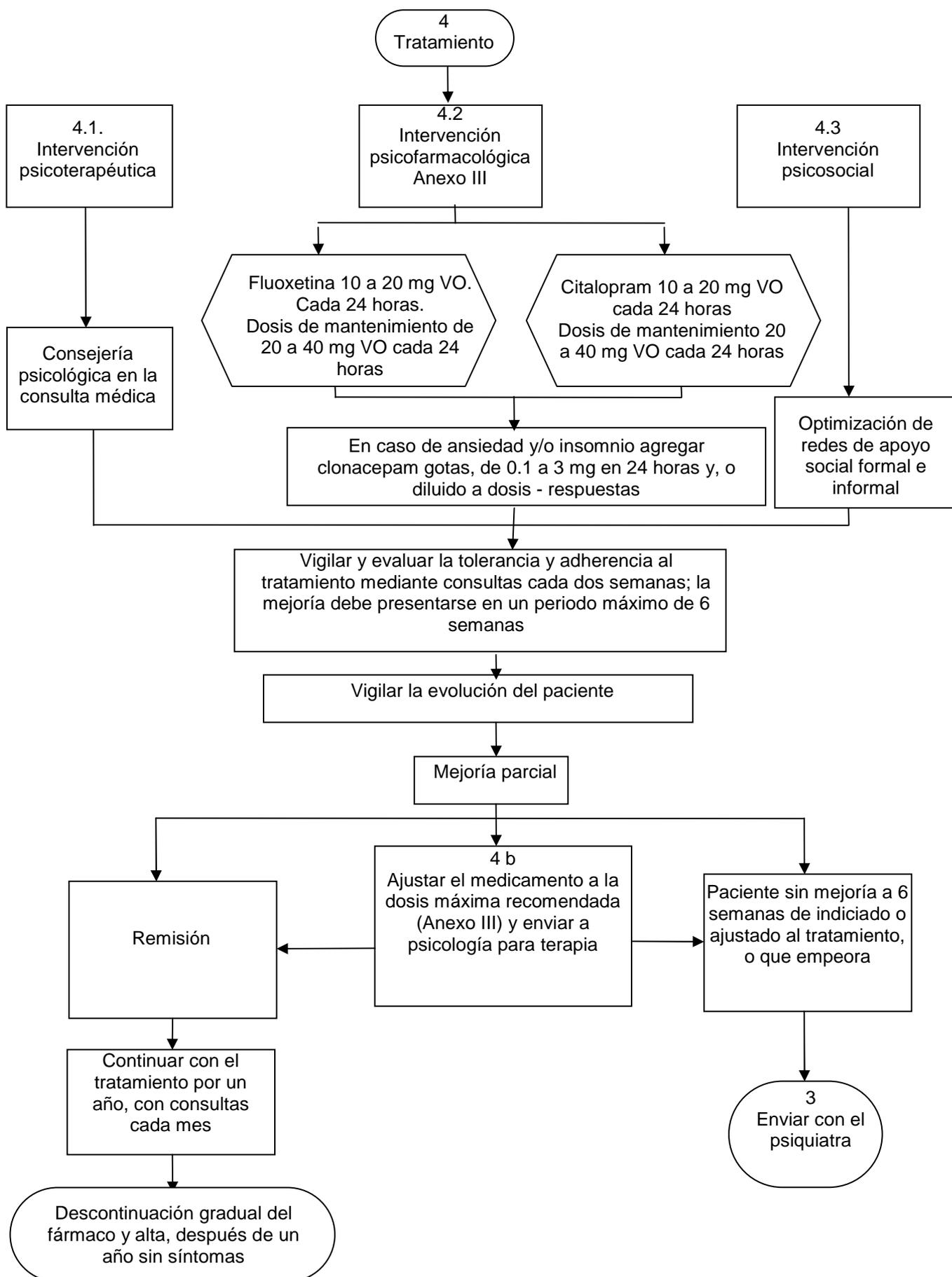
En el paciente con mejoría parcial, ajustar el medicamento a la dosis máxima recomendada (**Anexo III**), y enviar a psicología para psicoterapia. Habiendo dos alternativas: remisión y sin mejoría siguiendo los esquemas ya descritos correspondientes.

La literatura analizada permite conocer aspectos generales sobre el problema de depresión: definición, diagnóstico, tratamiento, aplicación de la escala de Yesavage, para que todo esto sea aplicado en el adulto mayor del ADEC y determinar así la frecuencia de depresión. Si en la literatura especializada existe más información al respecto, se considera que ésta iría más allá de los fines de este protocolo.

Algoritmo 1. Diagnóstico del paciente adulto mayor con depresión



Algoritmo 2. Tratamiento del paciente adulto mayor con depresión



Justificación

De acuerdo a la estadística de la OMS así como a nivel nacional, y en nuestra propia Institución, la falta de diagnóstico oportuno de la depresión en los adultos mayores, representa un problema de salud pública. En forma particular en el Servicio de Atención Del Enfermo Crónico (ADEC) del HGZMF no.1 IMSS Pachuca Hgo; corrobora esta carencia de diagnóstico oportuno y certero y en consecuencia no es proporcionado el tratamiento adecuado a estos pacientes.

En el “Registro único de las actividades de atención integral de la salud” (informe 4-30-6) es de considerar que solamente se señala el reporte de los padecimientos más comúnmente manejados en el adulto mayor, sin embargo, no se estipula el diagnóstico de depresión por creer por parte del médico que este padecimiento es común por el envejecimiento, no obstante, los resultados de esta investigación de la escala validada de Yesavage se realizará un diagnóstico en forma temprana de la depresión y por consiguiente instituir el tratamiento adecuado y oportuno.

La depresión es una entidad multifacética que se diagnostica básicamente por los datos clínicos, estos se evalúan por la escala validada de Yesavage consiguiendo así el diagnóstico oportuno y certero de depresión, asimismo su clasificación en leve moderada y severa o grave. Cabe hacer mención, que la escala será aplicada por primera vez en el servicio de ADEC del HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo.

El servicio del ADEC contará con una escala de diagnóstico de depresión para que el médico encargado del servicio pueda utilizarla con la mayor facilidad y en el menor tiempo posible y por consecuencia poder orientar a la familia para evitar los factores predisponentes y prestar mayor atención en sus adultos mayores.

Un diagnóstico oportuno y certero de la depresión le beneficia económicamente hablando al IMSS, ya que la erogación de sus servicios para la atención médica de estos derechohabientes es muy elevada puesto que en muchas ocasiones se tiene que utilizar el servicio de hospitalización, polifarmacia y servicio de especialidades. Así como la detección oportuna de la depresión en estos pacientes y su tratamiento adecuado.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el servicio de atención del enfermo crónico?

Objetivos

Objetivo general: Conocer la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el servicio de atención del enfermo crónico, a través de la escala de Yesavage aplicada a los mismos.

Objetivos específicos:

- Se aplicará la escala de Yesavage a los pacientes del ADEC para conocer si existe depresión.
- Se analizará la clasificación en leve, moderada y severa de los pacientes del ADEC.

Hipótesis de trabajo

De acuerdo a la escala de Yesavage y Brink, aplicada a los adultos mayores de ADEC, el 75% de éstos presentan depresión.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.

Ésta técnica se aplicó de la siguiente manera:

1. Se consideró el universo abarcando el total de los pacientes activos del ADEC (162 pacientes), que al aplicarles la escala de Yesavage nos determinó el número de pacientes con depresión. En un segundo momento describimos, en forma completa y clara la depresión de éstos pacientes. Y en un tercer momento identificamos la prevalencia poblacional de depresión de los mismos.

Lugar de estudio ADEC del HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo.

Universo 162 pacientes del ADEC.

Muestra Universo.

Criterios de selección

- 1) Se Incluyeron
 - a) Pacientes del ADEC del HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo.
 - b) De cualquier sexo.
 - c) Edad: adultos mayores (60 años o más).
 - d) Pacientes sin tratamiento psicofarmacológico.
- 2) Se excluyeron
 - a) Pacientes que presenten discapacidad mental o problemas de habla.
 - b) Pacientes con tratamiento psicofarmacológico.

Variables

Adulto mayor.

Definición conceptual: adulto mayor: Se consideró una persona de 60 años en adelante.

Definición operacional: Que fuera Paciente de ADEC.

Variable: Cuantitativa

Instrumento de medición: Se consideró Edad.

Depresión.

Definición conceptual de depresión: Fue una entidad compleja y multifacética, se agrupó en tres componentes sus síntomas: trastornos afectivos, dificultades cognoscitivas y síntomas conductuales.

Definición operacional de depresión: Fue el estado de ánimo caracterizado, por la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, actividad disminuida, cansancio exagerado casi todos los días, durante dos semanas o más, ideas de culpa y ser inútil, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

Variable Cuantitativa.

Instrumentos de Medición: operaciones contrastadoras o indicadores:

- a) Escala geriátrica de depresión de Yesavage y Brink perfectamente validada.
- b) Los elementos de la definición operacional se midieron clínicamente.

Descripción general del estudio

Se seleccionó por accesibilidad el ADEC del HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo. El investigador, con base en el listado de los domicilios de los pacientes, se trasladó a sus domicilios correspondientes, se abordó a la persona indicada y se le explicó el motivo de la visita, así como se solicitó su anuencia para la contestación del cuestionario de 15 preguntas de la escala geriátrica Yesavage y Brink, y poniendo énfasis en que dicho cuestionario debió contestarse cada pregunta con la palabra sí o no; pero no dejar ninguna sin contestar, debido a que la naturaleza del cuestionario está ya determinada por la puntuación correspondiente para conocer si presenta el paciente: depresión leve, moderada o severa.

Análisis estadístico

Sobre los criterios de estadística: se usó la ley de Sturges para construir tabla de frecuencia, el redondeo para el número de clases se tomó al entero más cercano, y para el tamaño de clase al mínimo entero mayor que el rango. Como son datos cualitativos se eligió la moda como el valor representativo de éstos.

Aspectos éticos

Con fundamento en el artículo 17, fracción I; y artículo 23 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, una investigación sin riesgo, como es la presente, se dispensa la obtención del consentimiento informado.

Sin embargo, no habiendo obligatoriedad jurídica o legal para la obtención del consentimiento informado, sí se considera como obligación ética para preservar la dignidad e intimidad del paciente de acuerdo a los postulados de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en sus numerales 6, 10, 14, 28 y 30 (**Anexo V**).

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.

Todo lo anterior queda comprendido en el objetivo de la Norma Oficial Mexicana, que a la letra dice:

Clave	de	la	Norma:	NOM-167-SSA1-1997
Titulo de la Norma:	Norma Oficial Mexicana	NOM-167-SSA1-1997,	para la	
Publicación	en	DOF:	17	nov. 1999
Entrada	en	Vigor:	18	nov. 1999
Dependencia:	México.	Secretaría	de	Salud
Publicación	del	proyecto	en	DOF: 4 dic. 1998
Publicación de comentarios	en	DOF:	25 oct.	1999

Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.

Recursos

Recursos Humanos:

- Psiquiatra: Dra. Gabriela García Laguna.
- Investigador: Dra. Aida Aracely Méndez Alarcón.

Recursos materiales:

- Hojas impresas con la escala de Yesavage.
- Una computadora
- Vehículo
- Gasolina
- Un programa de SPSS
- Hojas blancas tamaño carta
- Lapiceros
- Lápices
- Gomas

Factibilidad

El estudio se realizó con apoyo del HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo; con el personal y material ya indicado.

La investigación se realizó por el responsable de la misma, en el HGZMF no. 1 IMSS Pachuca, Hgo.

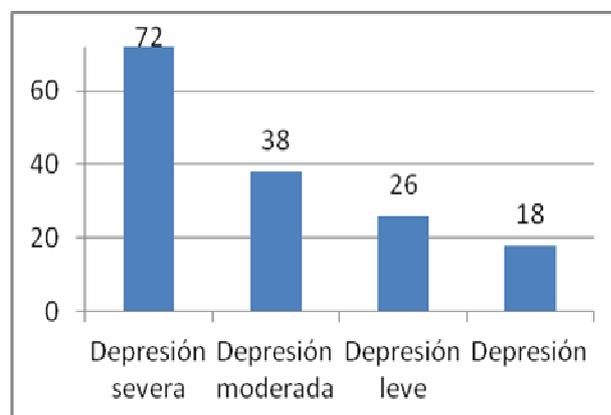
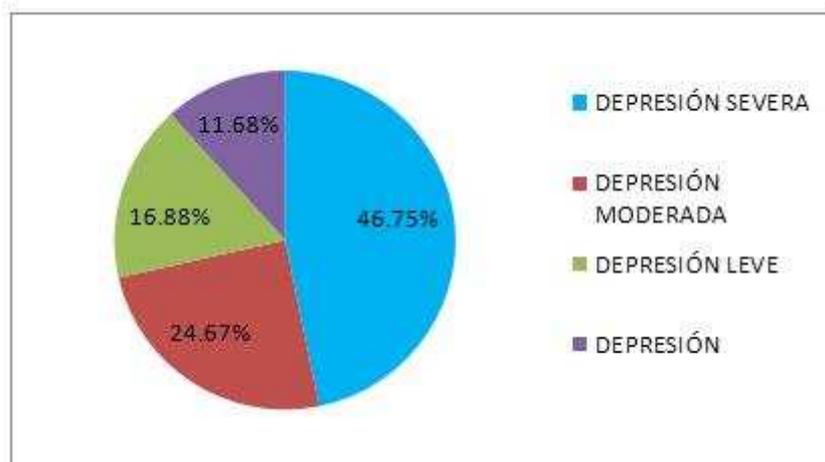
RESULTADOS

El universo de 162 pacientes del servicio de ADEC del HGZMF No. 1 I.M.S.S. Pachuca, Hgo., se vió reducido a 154, ya que lamentablemente hubo 8 defunciones durante esta investigación.

Ya recabada la información estadística de los 154 pacientes y determinado el tipo de depresión padecida, se prosiguió con el análisis estadístico de datos.

Las siguientes gráficas muestran el número de casos de cada tipo de depresión, observando que el mayor porcentaje es para el caso de depresión severa y el porcentaje menor corresponde al caso del "inicio" de la depresión.

Siendo de vital importancia, ya que esto puede dar oportunidad para adoptar medidas de "prevención" y no llegar a convertirse en alguno de los siguientes casos como lo establece la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (leve, moderada, severa), donde ya se requiere otro tipo de terapéutica y no solo de prevención.



Tipo de depresión	MUJERES	HOMBRES
DEPRESIÓN	13	5
DEPRESIÓN LEVE	21	5
DEPRESIÓN MODERADA	25	13
DEPRESIÓN SEVERA	47	25
TOTAL	106	48

Ocupando el 68.83% las mujeres y el 31.16% los hombres, encontrándose las siguientes proporciones:

Por cada caso de depresión hay 4 de depresión severa

Por cada caso de depresión hay 2 de depresión moderada

Por cada caso de depresión hay 1.4 de depresión leve

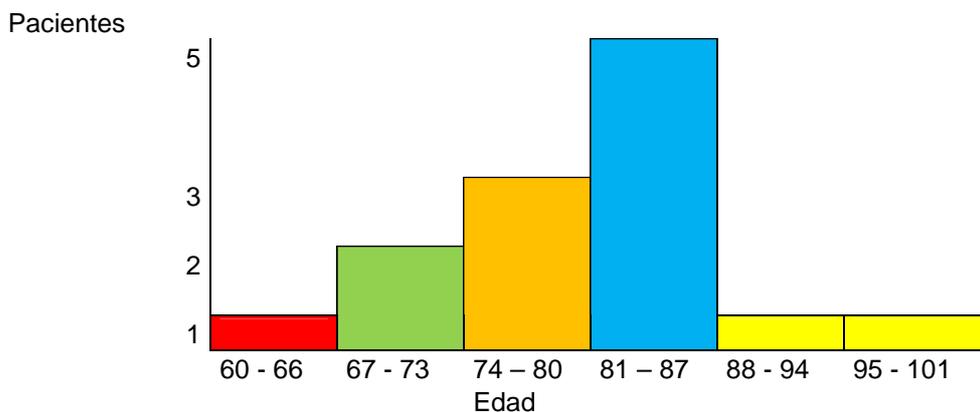
Se realizaron cuatro tablas que ordenan y resumen las características personales y familiares de los pacientes, con el tipo de depresión diagnosticada, a continuación se presentan.

Edad	Pacientes	SEXO		ESTADO CIVIL			OCUPACIÓN		CON QUIEN VIVE		CON QUIEN VIVE		
		F	M	* S	* C	* V	HOGAR	OFICIO	FAMILIARES	NO FAMILIARES	HERMANA O ESPOSOS	HIJOS	SOBRINO AHUJADA OTROS
60 – 66	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
67 – 73	2	2	0	0	0	2	1	1	1	1	0	1	1
74 – 80	5	3	2	1	3	1	4	1	4	1	2	1	2
81 – 87	6	5	1	1	2	3	6	0	4	2	3	1	2
88 – 94	3	1	2	0	2	1	2	1	3	0	2	1	0
95 - 101	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0
TOTAL	18	13	5	2	8	8	15	3	14	4	7	6	5

TABLA 1

Muestra los resultados de 18 casos diagnosticados como depresión

Así, para el caso de depresión (tabla1), se tuvieron 18 casos, señalando que el 33.33 % están en el rango de edad (81 – 87) años.



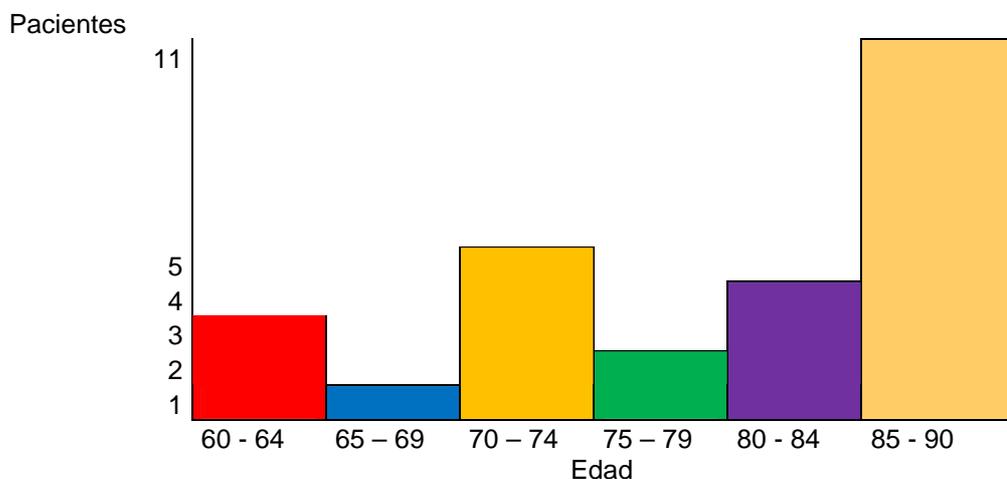
Del total, el 72.22 % son mujeres y con respecto al rango de edad (81 – 87) años, las mujeres representan el 83.33% en comparación con los hombres.

Los pacientes pertenecientes a este rango de edad son casados y viudos, teniendo como ocupación el hogar y viviendo con familiares cercanos.

Edad	Pacientes	SEXO		ESTADO CIVIL			OCUPACIÓN		CON QUIEN VIVE		CON QUIEN VIVE		
		F	M	S	C	V	HOGAR	OFICIO	FAMILIARES	NO FAMILIARES	ESPOSOS HERMANOS	HIJOS	OTROS
60 - 64	3	3	0	2	0	1	3	0	3	0	2	1	0
65 - 69	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
70 - 74	5	4	1	1	2	2	5	0	5	0	2	2	1
75 - 79	2	2	0	1	1	0	2	0	2	0	1	1	0
80 - 84	4	3	1	0	2	2	4	0	4	0	2	2	0
85 - 90	11	9	2	0	3	8	11	0	10	1	2	7	2
TOTAL	26	21	5	4	9	13	26	0	25	1	10	13	3

TABLA 2
Mostrando 26 casos como depresión leve

En el caso de depresión leve (tabla 2) se tuvieron 26 casos, el rango de edad que señala es de (85 – 90) años con un 42.30 % del total de las personas afectadas.



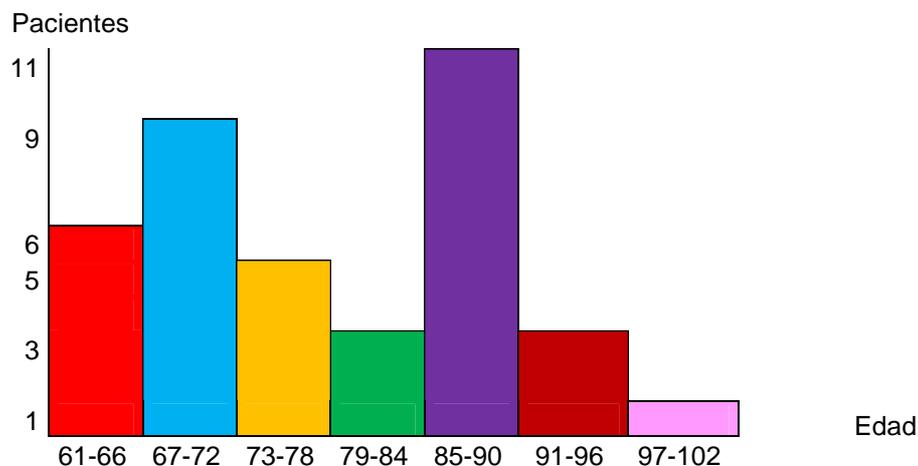
Del total, el 80.76 % son mujeres y con respecto al rango de edad (85 – 90) años, el 81.81 % son mujeres y el 18.18 % hombres.

Los pacientes en este rango de edad el 30.76 % son viudos y en un menor porcentaje son casados, su ocupación es el hogar y viven con familiares, en particular con los hijos.

Edad	Pacientes	SEXO		ESTADO CIVIL			OCUPACIÓN		CON QUIEN VIVE		CON QUIEN VIVE		
		F	M	S	C	V	HOGAR	OFICIO	FAMILIARES	NO FAMILIARES	ESPOSOS HERMANOS	HIJOS	OTROS
61 - 66	6	2	4	0	5	1	6	0	6	0	4	2	0
67 - 72	9	6	3	1	4	4	8	1	9	0	3	6	0
73 - 78	5	3	2	2	3	0	5	0	3	2	1	2	2
79 - 84	3	2	1	0	1	2	3	0	3	0	1	2	0
85 - 90	11	8	3	1	1	9	10	1	10	1	1	8	2
91 - 96	3	3	0	0	0	3	3	0	2	1	1	1	1
97 - 102	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0
TOTAL	38	25	13	4	14	20	36	2	34	4	11	22	5

Tabla 3
Mostrando 38 casos como depresión moderada

Para el caso de depresión moderada (tabla 3) con 38 casos, curiosamente se vuelve a tener el rango de edad de (85 – 90) años con un 28.94% del total de pacientes.

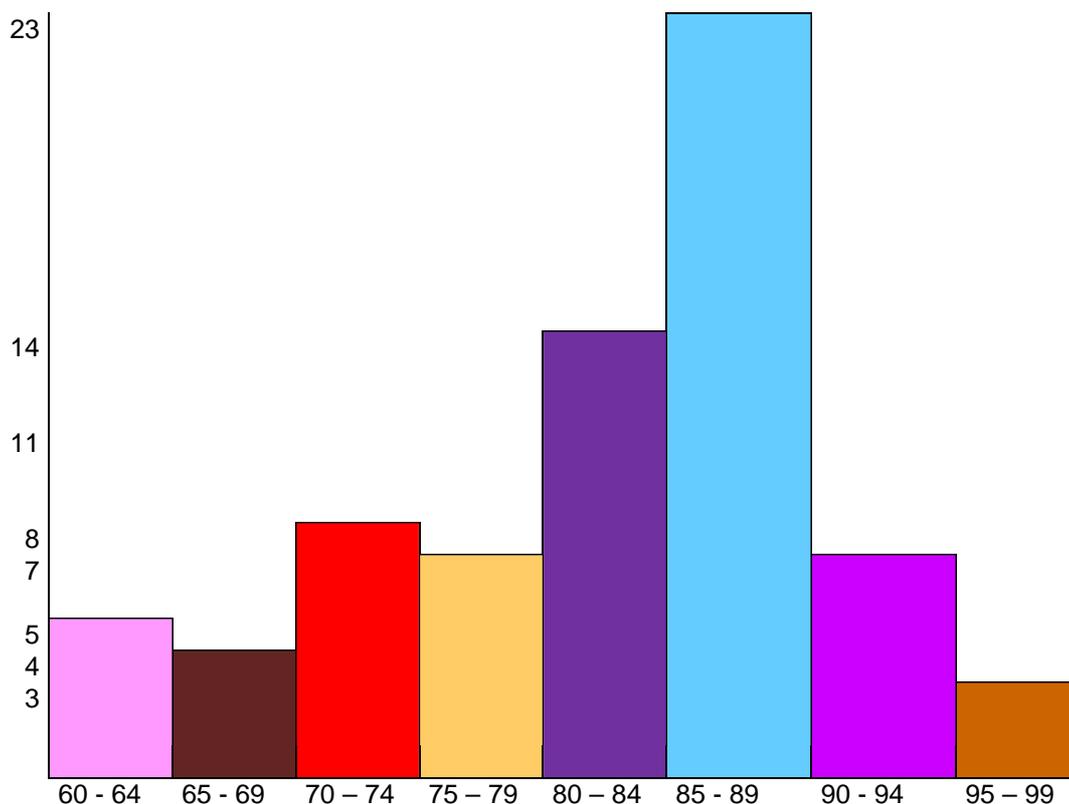


Siendo del total el 65.78% las mujeres y con respecto al rango de edad (85-90) años, el 72.72% mujeres y el 27.27% hombres. Los pacientes en este rango de edad se caracterizan por su estado de viudez, con ocupación en el hogar, viviendo con familiares y en particular con los hijos.

Edad	Pacientes	SEXO		ESTADO CIVIL			OCUPACIÓN		CON QUIEN VIVE		CON QUIEN VIVE		
		F	M	S	C	V	HOGAR	OFICIO	FAMILIARES	NO FAMILIARES	ESPOSOS HERMANOS	HIJOS	OTROS
60 - 64	5	4	1	0	5	0	5	0	4	1	2	2	1
65 - 69	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	3	1	0
70 - 74	8	5	3	0	5	3	8	0	7	1	3	3	2
75 - 79	7	4	3	0	3	4	7	0	4	3	2	2	3
80 - 84	14	12	2	0	8	6	14	0	11	3	2	7	5
85 - 89	23	16	7	1	5	17	23	0	22	1	2	19	2
90 - 94	8	4	4	0	3	5	8	0	6	2	2	3	3
95 - 99	3	2	1	0	1	2	3	0	3	0	0	3	0
TOTAL	72	47	25	1	34	37	72	0	61	11	16	40	16

Tabla 4
Mostrando 72 casos como depresión severa

En el tipo de depresión severa (tabla 4) se tuvieron 72 casos, y volviendo a incidir en el rango de edad del (85 – 89) años, con un 31.94 % del total de pacientes



Del total, el 65.27 % es para mujeres y con respecto al rango de edad (85 – 89) años, el 69.56 % son mujeres y el 30.43 %, hombres. Observando en este rango de edad (85 – 89) años, una vez más que la mayoría son viudos, con ocupación en el hogar, viviendo con los familiares y también con los hijos.

Es de llamar la atención que de los 4 tipos de depresión solo el de depresión tiene un rango de edad de (81 – 87) años y no de (85 – 90) años como es marcado en los demás. Pero al hacer un análisis, se puede ver un traslape de edades (81 – [85 – 87) – 90]. Esto se puede ver como el inicio del proceso de depresión, de forma disfrazada o bien, que ha habido factores que han contrarrestado para no llegar a depresión leve, moderada o severa.

A continuación se presenta una tabla 5 detallando y desglosando características personales y familiares como son: sexo, estado civil, ocupación y con quien vive, de cada uno de los cuatro tipos de depresión con la finalidad de afinar las interpretaciones de las tablas anteriores.

TIPOS	SEXO F									SEXO M								
	ESTADO CIVIL				OCUPACIÓN		CON QUIEN VIVE			ESTADO CIVIL				OCUPACIÓN		CON QUIEN VIVE		
	C	V	S	*CE	HOGAR	OFICIO	ESPOSO HERMANO	HUJOS	OTROS	C	V	S	CE	HOGAR	OFICIO	ESPOSO HERMANO	HUJOS	OTROS
DEP	38.46%	46.15%	15.38%	23.07%	92.30%	7.69%	30.76%	38.46%	30.76%	60%	40%	0%	60%	60%	40%	60%	20%	20%
DEP LEV	28.57%	52.38%	19.04%	19.04%	100%	0%	33.33%	57.14%	9.5%	60%	40%	0%	60%	100%	0%	60%	20%	20%
DEP MOD	20%	64%	16%	16%	100%	0%	20%	64%	16%	69.23%	30.76%	0%	60%	84.61%	15.38%	46.15%	53.84%	0%
DEP SEV	46.80%	51.06%	2.12%	12.76%	100%	0%	14.89%	59.57%	25.53%	56%	44%	0%	36%	100%	0%	36%	48%	16%

TABLA 5
Mostrando porcentajes de cada tipo de depresión

En la tabla se ha desglosado en una parte que corresponde a las mujeres y otra que corresponde a hombres. Se han sombreado los porcentajes más representativos de cada tipo de depresión.

Los resultados de la parte que corresponde a mujeres, con altos porcentajes son: el estado de viudez, la ocupación en el hogar y viviendo con los hijos.

En lo que corresponde a hombres, señala al estado civil casado e incluso los que viven con la esposa, también es el hogar y con quién viven son con la esposa o hermano (a) e hijos.

DISCUSION

De acuerdo a los resultados que obtuve en mi investigación considero que hay factores que predisponen a la presencia de depresión, por lo que expongo los siguientes:

<u>Factores Psicológicos:</u>	Pérdidas afectivas y Factores emocionales.
<u>Factores Biológicos:</u>	Factores Anatómicos, Orgánicos, y funcionales patológicos.
<u>Factores Sociales:</u>	Redes sociales, Factores económicos y familiares.

Factores Psicológicos: La depresión es el resultado de una estructura social que priva a los individuos de ejercer ciertas funciones y el control sobre su destino. Es la forma más comúnmente observada de trastorno afectivo en la vejez.

Se estima que el 40 % de la población geriátrica con depresión es mal diagnosticada, debido en parte a que existen mitos, tales como el de que los síntomas de la depresión son consecuencias psicológicas normales de envejecimiento y en muchas ocasiones atribuibles a enfermedades físicas.

EL PERFIL PSICOLÓGICO DEL ANCIANO

Engloba tantos rasgos negativos como positivos: En los negativos tenemos los siguientes: egoísmo, sensiblería, autoritarismo, rechazo social, tendencia de aislamiento, pasividad, humor depresivo, anhedonia, apatía, insomnio, agitación psicomotora, retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de culpa, distractibilidad, falta de concentración, pérdida de las capacidades cognitivas entre ellas pérdida de memoria, atención y juicios

En los factores positivos: prudencia, reflexión, serenidad.

La depresión disminuye la independencia funcional, acentúa las dificultades de la vida diaria, es responsable de los internamientos frecuentes y en algunas ocasiones hasta la muerte, la evolución natural del padecimiento (depresión) puede conducir finalmente al suicidio.

Algunos otros comprenden: sentimientos de inferioridad, personalidades hipocondríacas, falta de fuentes necesarias para el mantenimiento de la autoestima, pérdida del estatus social, pérdida de la autonomía y de la reputación, la pérdida percibida o real, pobres condiciones de vida, pérdida de seres queridos (especialmente de la pareja, o rechazo de los niños). Involucramiento familiar, ya que también ellos requieren de psicoterapia para la mejor atención de su paciente.

Factores biológicos

Hay evidencia de que los factores de riesgo más comunes por la edad son: enfermedades físicas, incapacidades funcionales y deterioro cognitivo.

Así como cambios fisiológicos relacionados con la edad, como reducción de aminas biogénicas (acetilcolina, dopamina, norepinefrina y serotonina).

Estos cambios junto con alteraciones neuroendocrinas desincronizadas, los ritmos circadianos, con la consecuente alteración del ciclo sueño-vigilia, cambios estructurales en el tejido cerebral subcortical; lesiones cerebrales por infarto, pueden propiciar depresión.

Las enfermedades sistémicas también pueden causar depresión: desordenes degenerativos y algunos fármacos como los corticoides y depresores del Sistema Nervioso Central.

Enfermedades físicas: cirugías, limitación de la movilidad, privación sensorial. (hipoacusia, ceguera).

Algunos fármacos pueden precipitar el problema afectivo: propranolol, metildopa, hipnóticos sedantes.

Sin olvidar mencionar otro factor importante, la contribución familiar por la carga genética.

Factores sociales:

La depresión es más prevalente en mujeres que en hombres, debido a que las mujeres viven más tiempo, estas quedan desamparadas y tienden a sufrir una marcada disminución de sus ingresos económicos. A ello puede deberse la imagen devaluada, negativa y pesimista de la mujer latina en la vejez. Sin embargo también es frecuente que se involucren en actividades sociales, organizaciones religiosas y grupos comunitarios.

Debido a todo esto el riesgo de suicidio en ancianos es muy elevado, en las mujeres sólo se queda en tentativa de suicidio, en los hombres el suicidio consumado es lo común.

Por consecuencia estos primeros datos epidemiológicos nos deberán alertar cuando se presente a la consulta médica, un anciano con múltiples quejas somáticas, pérdida del apetito, desinterés por su vida, alteraciones del sueño y además mencionando que es soltero o viudo, vive solo, tiene un duelo o acontecimiento estresante reciente y le falta apoyo familiar y social (redes de apoyo).

De esa manera debemos investigar los factores de riesgo sociales para el desarrollo de la depresión.

Hay causas reactivas: restricción de la competencia social, el retraimiento, los conflictos interpersonales, la inactividad, los problemas financieros, los cambios de residencia, caracterizándose por agitación, irritabilidad, ira, enojo, tristeza, síntomas hipocondríacos, sentimientos de culpa e insuficiencia.

Factores económicos ya que en el anciano ya no existen ingresos económicos propios, sino que depende muchas veces de la familia y ésta no tiene la disposición de ayudarlo.

CONCLUSION

De acuerdo a el objetivo de mi investigación el cual es, conocer la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el servicio de atención del enfermo crónico, a través de la escala de Yesavage aplicada a los mismos y analizar la clasificación en leve, moderada y severa, se confirma con esta investigación, lo siguiente:

Con respecto a la hipótesis que se formuló, se sostenía que: El 90 % de los pacientes de ADEC presentaban depresión, de manera que se observó que el 100 % de los pacientes presentan depresión y su clasificación fue la siguiente:

Leve:	28.57 %
Moderada:	24.67 %
Severa:	46.75 %

Se comprueba lo dicho en el marco teórico que en las mujeres se presenta con más frecuencia que en los hombres. Habiendo encontrando en mi investigación que el 68.83 % son mujeres y el 31.16 % son los hombres.

Así mismo, esta investigación me permitió observar que la depresión más frecuente es la severa.

Dentro de los antecedentes de la OMS 2001, indican que aproximadamente 450 millones de personas en el mundo, sufren alguna alteración mental o neurológica y solo la minoría recibe atención profesional.

La OMS señala que para el 2020 la depresión en el adulto mayor estará por arriba de todos los padecimientos en este grupo de edad, en México el 13.4 % corresponde a los adultos mayores, porcentaje que se duplicará según el Consejo Nacional de Población.

Antecedente IMSS señala que el 40 % de derechohabientes de 60 años o más han presentado depresión.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) menciona que La 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. Asimismo consigna el DSM IV que el diagnóstico es clínico básicamente.

En ADEC en la 4.30.6 no existe reporte de depresión y sin embargo en mi investigación se señala que el 100 % de los pacientes cuentan con este diagnóstico, de ahí que yo deseo proporcionar a dicho servicio una herramienta útil como es la escala de Yesavage de 15 ítems para llegar a este diagnóstico y poder proporcionar la ayuda necesaria a estos pacientes para su diagnóstico oportuno y tratamiento específico.

Referencias bibliográficas

- 1.-Valdez-Santiago R, Salgado de Snyder V N. Una escala breve para identificar malestar emocional en la práctica médica de primer nivel: características psicométricas. *Salud Mental* 2004; 27:56-57.
- 2.-Castro-Lizárraga M, Ramírez-Zamora S, Aguilar-Morales L V, Díaz-de Anda V M. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2006; 39:133.
- 3.- Reyes S, Population Ageing in the Mexican Institute of Social Security: Health Policy and Economic Implications. IMSS 2001.
- 4.-Reyes-Ortega M, Soto-Hernández A L, Millakegel J G, García-Ramírez A, Hubard-Vignau L, Mendoza-Sánchez H, Mesia-Garza L A, García-Peña M C, Wagner-Echeagaray F P, et al. Actualización de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental* 2003; 26:61.
- 5.-Ritterband L M, Spielberger C D. Construct Validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depress Stress*. 1996; 2:123-145.
- 6.-Agudelo D, Carretero-Dios H, Blanco-Picabia A, Pitti C, Spielberger Ch, Buela-Casal G, et al. Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP revisado. *Salud Mental* 2005; 28:34.
- 7.- García-Serrano M J, Ferrer T, Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. *World Health Organization* 2001;27:484-488.
- 8.-Hales R E, Yudofsky S C, Talbott J A. DSM-IV Tratado de psiquiatría. American Psychiatric Press 3ª edition 2000; 1:485.
- 9.- Hales R E, Yudofsky S C, Talbolt J A. DSM-IV Tratado de Psiquiatría. American Psychiatric Press 4a edition 2000; 356-359.
- 10.-Aguilar-Navarro S, y Ávila-Funes J A. La depresión; particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Medica Mexicana* 2007; 143:142.
- 11.-World Health Organization (Suiza) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disor Ders. Ginebra: Organization; 1992.

- 12.-**Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, Reyes-Morales H, Tapia-García M, García-González J, Douvoba S, Peña-Valdovinos A, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental* 2007; 30:731.
- 13.-**Ritchie K, Gilham C, Ledesert J, Touchon J, Kotzk P O. Depressive symptomatology and regional blood flood in elderly people with sub-clinical cognitive impairment. *Age Ageing* 1999; 28; 385-391.
- 14.-**Gallo J J, Rabins P V. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician* 1999; 60:820-826.
- 15.-**Martínez-Mendoza J A, Martínez-Ordaz V A, Esquivel-Molina C G, Velasco-Rodríguez V M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *IMSS* 2007; 45: 21-28.
- 16.-**Alvarado-Esquivel C, Hernández-Alvarado A B, Rodríguez-Corral K. La prevalencia de depresión en alumnos de la escuela de la tercera edad es más alta que en residentes de hogares de ancianos. *Salud Pública de México* 2004; 46:193.
- 17.-**Presentación de un cuestionario básico para la evaluación de los síntomas genuinos de la depresión. *Análisis Modificado Conductual* 2001; 27:671-869.
- 18.-**Lara M, Navarro C, Navarrete L, Mondragón L, Rubí N A. Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental* 2003; 26:27-36.
- 19.-**Reyes-Ortega M, Soto-Hernández A L, Millakegel J G, García- Ramírez A, Hubard-Vignau L, Mendoza-Sánchez H, Mesia-Garza L A, García-Peña M C, Wagner-Echeagaray F P, et al. Actualización de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental* 2003; 26.
- 20.-**Aragones E, Masdeur-Cando G. Validez diagnóstica de la Self Rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria. *Act Esp Psiquiat* 2001; 29:310-316.
- 21.-**Spielberger C D. Evaluación de la depresión: Eutimia y Distimia. Conferencia presentada en el Symposium Internacional sobre depresión. Granada España 1999.
- 22.-**Spielberger C D, Agudelo D, Carretero-Dios H, De Los Santos-Roig M, Buela-Casal G. Análisis de reactivos de la versión experimental castellana del cuestionario para la depresión estado-rasgo (ST-DEP). *Análisis Modificado Conductual* 2004 (en prensa).

- 23.**-Spielberger C D, Carretero-Dios H, De Los Santos-Roig M, Buela-Casal G. Spanish experimental version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): State sub-scale (S-DEP). *Int Psicol Clin Salud/Int J Clin Health Psychol* 2002a; 2:71-89.
- 24.** - Spielberger C D, Carretero-Dios H, De Los Santos-Roig M, Buela-Casal G. Spanish experimental version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): Trait sub-scale (T-DEP). *Int Psicol Clin Salud/Int J Clin Health Psychol* 2002b; 2:51-69.
- 25.** - Spielberger C D, Gorsuch R L, Lushene R D. *Stai: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press 1970 Palo Alto.
- 26.**-Snaith P. What depression rating scales measure?. *Brit J Psychiat* 1993; 163:293-298.
- 27.**- Agudelo D, Carretero-Dios H, Blanco-Picabia A, Pitti C, Spielberger Ch, Buela-Casal G, et al. Evaluación del componente afectivo de la depresión: Análisis factorial del ST/DEP revisado. *Salud Mental* 2005; 28:33.
- 28.**- Castro-Lizárraga M, Ramírez-Zamora S, Aguilar-Morales L V, Díaz-de Anda V M. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2006; 39:133.
- 29.**-Sheikh J L, Yesavage J A. Geriatric depression scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5:165-172.
- 30.**-Yesavage J A , Brink T L, Rose T L, Lum O, Huang U. Adey M, et. al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report *J Psychiatry*. 1982-1983; 17: 37-49. Y Almeida O P, Almeida S A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J geriatr Psychiatry* 1999;14:858-865.
- 31.**-Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes J A. La depresión; particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Medica Mexicana* 2007; 143: 144.
- 32.**-Meara J, Hobson P. Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson Disease and their careers in the Community. *Ag Aging* 1999; 28: 35-38. Martínez-De la Iglesia J, Onis-Vilches Mc, Dueñez-Herrero R, Aguado-Taberne C, Albert-Colomer C, Arias-Blanco Mc, et al. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten primaria* 2005; 35 (1): 14-21. Y Martínez-Mendoza J A, Martínez-Ordaz V A, Esquivel-Molina C G, Velasco-Rodríguez V M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *IMSS* 2007; 45 (1): 21-28.

Anexo I

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO MAYOR

Criterio A

En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días:

Síntomas	Preguntas
Estado de ánimo bajo con presencia de consternación, tristeza o melancolía y pesadumbre, desesperanza y desamparo, apatía, falta de iniciativa y/o irritabilidad.	
Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras (Anhedonia).	
Pérdida de energía o fatiga; con una reducción significativa del nivel de actividad.	
Se ha sentido triste, desanimado o deprimido?	

¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer?

¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya realizado sus actividades habituales?

Si al menos una de las tres preguntas anteriores es contestada afirmativamente, el paciente se considera con posible depresión, y está indicado pasar a las preguntas del criterio B, para diagnóstico de certeza y grado en caso de existir.
- Si todas las respuestas son negativas, no continuar con la entrevista.

Criterio B

En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días: (Se evalúa por síntomas positivos, y las preguntas sirven para explorar los síntomas; una o más respuestas positivas de las preguntas de un síntoma lo hacen positivo):

Síntomas	Preguntas
Disminución de la atención y concentración	¿Ha presentado dificultad para pensar o concentrarse en actividades como leer, platicar, ver la televisión, o realizar sus tareas domésticas? ¿Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones, en cosas que antes no le costaban trabajo?
Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad	¿Se ha sentido inferior a otras personas? ¿Ha perdido la confianza en usted mismo a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada?
Ideas de culpa y de ser inútil	¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o todo lo que sucede a su alrededor? ¿Se siente inútil para realizar las actividades que habitualmente realiza?
Perspectiva sombría del futuro	¿Ha perdido la esperanza en el futuro?
Alteraciones en el apetito y peso (disminución o incremento).	¿Ha notado que ha aumentado o disminuido su apetito? ¿Ha notado que ha perdido o ganado peso por lo menos un kilogramo por semana o más sin utilizar dieta alguna?
Trastornos de sueño (Insomnio o hipersomnia)	¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse? ¿Ha presentado dificultad para permanecer dormido o se ha despertado más temprano de lo habitual? ¿Permanece dormido más tiempo del habitual? ¿Le cuesta trabajo despertar por la mañana, después de haber dormido el tiempo habitual?
Pensamientos y actos suicidas O autoagresiones	¿Ha pensado usted en morir o desaparecer? ¿Ha pensado usted en querer matarse?

Anexo II

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESIÓN

Enfermedades metabólicas

Malnutrición
Deficiencia de vitamina B12
Deficiencia de folato

Enfermedades neurológicas

Esclerosis lateral amiotrófica
Trastornos de movimiento
Enfermedad cerebro-vascular

Neoplasias

De cualquier tipo

Otros padecimientos psiquiátricos

Trastorno bipolar I
Trastorno bipolar II
Trastorno distímico
Trastorno psicótico
Demencia de cualquier tipo (incluida la enfermedad de Alzheimer)
Trastorno inducido por abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias

Enfermedades endócrinas

Enfermedad de Cushing
Hiperparatiroidismo
Hipotiroidismo

Enfermedades autoinmunes

Polimialgia reumática
Artritis reumatoide
Síndrome de Sjogren
Arteritis temporal

Infecciones virales

Hepatitis
Infecciones por VIH

Medicamentos

Benzodiazepinas
Alfa-metildopa
Cimetidina
Clonidina
Corticosteroides
Digitálicos
Terapia de reemplazo hormonal
Hidralazina
Propoxifeno
Propranolol
Reserpina
Antineoplásicos

Anexo III

Presentación	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Eventos adversos	Interacciones y contraindicaciones
1ª elección Fluoxetina 20 más. (ISRS)	10 o 20 más. vía oral c/24 hrs. Matutina por 1 semana	20-40 más. c/24 hrs.	Ansiedad, cefalea, hiporexia, temblor y disfunción sexual.	Difenilhidantoina, carbameceptina, haloperidol, diazepam, alprazolam, litio, warfarina. Contraindicación: uso de inhibidores de la monoaminoxidasa.
2ª elección Citalopram 20 mgs. (ISRS)	10 o 20 mgs. vía oral c/24 hrs. Matutina por 1 semana	20-40 mgs. c/24 hrs.	Resequedad de mucosa (boca seca, estreñimiento, disminución en la producción de lágrima), mareo, náusea, ansiedad, insomnio, cefalea, vértigo y disfunción sexual.	Interacciones: Triptanos para tratamiento de migraña (sumatriptam) Contraindicación: uso de inhibidores de la monoaminoxidasa.
3ª elección Paroxetina 20 mgs. (ISRS)	10 o 20 mgs. vía oral c/24 hrs. Matutina por 1 semana	20-40 mgs. c/24 hrs.		Interacciones: Difenilhidantoina, haloperidol, diazepam, litio, warfarina. Contraindicaciones: consumo de alcohol, y otros psicotrópicos, uso de inhibidores de la monoaminoxidasa.

ANEXO IV

Escala de depresión geriátrica de Yesavage: Cuestionario corto

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? SI / **NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI** / NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI** / NO
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI** / NO
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? SI / **NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI** / NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI / **NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI** / NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI** / NO
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI** / NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI / **NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI** / NO
13. ¿Se siente usted con mucha energía? SI / **NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI** / NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI** / NO

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión.

Un puntaje > 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.

Un puntaje > 5 puntos debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

Fuente: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>

SERIE FACILITADA POR

The Hartford Institute for Geriatric Nursing

CORREO ELECTRÓNICO: hartford.ign@nyu.edu

SITIO WEB DEL HARTFORD INSTITUTE: www.hartfordign.org

SITIO WEB DE GERONURSEONLINE: www.GeroNurseOnline.org

Anexo V

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación.
Prevalencia con la que se presenta la depresión en el adulto mayor en el ADEC del HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo.

Registrado ante el comité local de investigación médica con el número _____.
El objetivo de este estudio es: Conocer la prevalencia con la que se presenta la depresión en el adulto mayor en el ADEC en el HGZMF no.1 IMSS Pachuca, Hgo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:
Contestar una escala denominada Yesavage para medir la depresión. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias, y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

_____.

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Aida Aracely Méndez Alarcón

Testigo

Testigo