



**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 DEL ADULTO MAYOR EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

**QUE PRESENTA LA C.
GABRIELA TÉLLEZ HERNÁNDEZ
MÉDICO CIRUJANO**

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

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

**Q.F.B SONIA MONZALVO DESTUNIS
QUÍMICO FARMACOBIOLOGO
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL
Y DE LA ADOLESCENCIA
ASESOR CLÍNICO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2009-2012**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DR. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H

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

DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

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

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

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

DR. SERGIO MARIANO PEREZ LOZADA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Y MEDICINA FAMILIAR No. 1 PACHUCA,
HIDALGO IMSS

DRA. MARÍA DE LA LUZ SUSANA ROMERO MORENO
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIAR No. 1 PACHUCA, HIDALGO IMSS

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

Q.F.B. SONIA MONZALVO DESTUNIS
QUÍMICO FARMACOBIOLOGO
ASESORA METODOLÓGICA

DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
PSIQUIATRA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE
ASESORA CLÍNICA

DEDICATORIA:

Dedico esta tesis a mi Madre por su gran amor y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la oportunidad de darme fortaleza en las derrotas y logros de mi vida.

A mi madre, a quien jamás encontraré la forma de agradecer su apoyo y confianza, esperando que comprendas que mis logros son también tuyos e inspirados en ti. Hago de esto un triunfo y quiero compartirlo por siempre contigo. Te quiero.

A mis hermanos; Diego y Mariana, porque quiero que sientan que el objetivo logrado fue también de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su gran apoyo.

A mi sobrino Santiago por formar parte de mi vida.

A mis tíos (Anita, Paty; Paz, May, Juan, Lucy, Lupe, Lalo, Dora y Aricelda), como un testimonio de eterno agradecimiento por la confianza que siempre me brindaron, para darme la fuerza de seguirme superando.

A mis primos por el cariño que siempre me han brindado.

A mis asesoras, Dra. Gaby y Q.F.B. Sonia, por el tiempo concedido, paciencia y las enseñanzas otorgadas.

*Cuando la vida te presente razones para llorar,
demuéstrale que tienes mil y una razones para reír.*

“Anónimo”

ÍNDICE

	Página
Resumen	07
Marco teórico	08
Justificación	20
Planteamiento del problema	22
Hipótesis	23
Objetivos	23
Material y métodos	24
Variables	25
Descripción general del estudio	26
Análisis estadístico	26
Aspectos éticos	26
Recursos y factibilidad	27
Resultados	28
Discusión	32
Conclusión	34
Referencias bibliográficas	35
Anexos	37

RESUMEN

TÍTULO: *“Prevalencia de depresión del adulto mayor en el primer nivel de atención”*

INTRODUCCIÓN: Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto. Se estima que para el año 2020 según la OMS, más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003, utilizada para la realización del trabajo Prevalencia y Diagnóstico de depresión en la población adulta en México, se encontró que la frecuencia global es del 5%, mientras que el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión en el país es del 5.8% y 2.5% para los hombres.

La depresión del adulto mayor se asocia con mayor frecuencia en mujeres, jubilados, pensionistas, sedentarios, con familias disfuncionales y con dependencia económica.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención del HGZ MF No. 1 Pachuca.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizará un estudio descriptivo, observacional y transversal, durante el periodo comprendido del 1 de noviembre al 31 de diciembre 2010, en los pacientes mayores de 65 años que acuden a solicitar consulta de primer nivel de atención del HGZ MF No. 1 Pachuca de ambos turnos.

Los datos se obtendrán por medio de un cuestionario de 30 reactivos mediante un entrevistador (médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina familiar), previa lectura y firma de consentimiento informado de las personas a encuestar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Los procedimientos para realizar el análisis de datos se harán mediante estadística descriptiva por medio de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión periférica (rango, varianza, desviación estándar y coeficiente de variación), así como razón de momios.

RESULTADOS: Observamos que el 70% de la población entrevistada presenta depresión, mientras que el 30% no la padece. De los adultos mayores que presentan esta enfermedad la mayor prevalencia la ocupa el género masculino con 38.75%, en comparación con el femenino que corresponde a 26.25%. De esta población geriátrica el 33.75% se encuentra con depresión leve, mientras que el 18.75% corresponde al estado depresivo moderado y sólo el 17.5% de los pacientes están en el estado severo.

La mayor frecuencia de depresión se ubica entre los 65 a 69 años con 17 adultos mayores, de los 70 a 74 años con 16 personas y 13 pacientes entre 75 y 79 años, disminuyendo notablemente su frecuencia de los 80 a los 94 años de edad.

CONCLUSIONES: Al realizar la detección oportuna de los trastornos que dañan la función mental en los adultos de edad avanzada podemos disminuir el sub diagnóstico de

la depresión, minimizando la comorbilidad que se presenta en esta población, debido a que tiene un impacto deletéreo en la evolución de las enfermedades cronicodegenerativas pudiendo complicar su manejo.

MARCO TEÓRICO

Los adultos mayores quienes pertenecen al grupo etáreo de más de 65 años de edad por su vulnerabilidad, presentan cuatro discapacidades predominantes; motriz, visual, auditiva y mental, de éstas la discapacidad mental de mayor ocurrencia es la depresión, considerándose un problema de salud pública con serias implicaciones en la morbi-mortalidad y la calidad de vida de los ancianos que la padecen. ⁽¹⁻²⁾

A partir de los 60 años comienza un nuevo periodo para la vida de la persona, sufrirá crisis, ya que es un ser socialmente frágil, en el sentido de haber perdido algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (familiares, amigos, actividad y prestigio profesional), lo que le condicionará una disarmonía psíquica sucumbiendo dentro de los trastornos depresivos. ⁽³⁾

DEFINICIÓN

Según el DSM IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) la depresión se define como la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas, durante un periodo de 2 semanas y de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterio A: Que la sintomatología represente un cambio con respecto a la actividad previa del individuo.

1. Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
2. Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés o placer en las actividades habituales.
3. Disminución o aumento del peso o del apetito.
4. Insomnio o hipersomnio (es decir dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más).
5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz
6. Astenia.
7. Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
8. Disminución de la capacidad intelectual
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas. ⁽⁴⁻⁸⁾

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos o depresivos), trastornos esquizoafectivos o esquizofrénicos. ^(3, 5-8)

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente. ^(3, 5-8)

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica. ^(3, 5-8)

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente. ^(3, 5-8)

CLASIFICACIÓN

Para clasificar a la depresión se utiliza el Sistema Internacional de Enfermedades (CIE-10), de acuerdo a lo siguiente: ⁽⁷⁾

- I. **Trastorno depresivo mayor:** Episodio único o recidivante.
- II. **Trastorno no distímico:** Estado de ánimo triste, no acompañado de otros síntomas de depresión mayor por al menos 2 años de duración.
- III. **Trastorno no adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto:** Ansiedad y ánimo depresivo. La aparición de los síntomas ocurren después de un evento estresante identificable y dentro de los tres meses siguientes a su presencia.
- IV. **Trastorno depresivo no especificado:** Síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos depresivos.
- V. **Reacción de duelo:** Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima.
- VI. **Depresión en el anciano:** Se presenta con la alteración del estado de ánimo, pudiendo ser esta poco significativa y se enmascara con otros síntomas principales.
- VII. **Depresión en la infancia y adolescencia.**

ETIOLOGÍA

La depresión es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos a la salud. Es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de la calidad de vida. Siendo esta patología psiquiátrica el resultado de la interrelación de varios factores, dentro de los cuales se encuentran: ⁽⁹⁾

Factores biológicos:

Estos dependen del envejecimiento cerebral, además de relacionarse con cambios anatómicos en el SNC correspondiente a una disminución en el número y densidad de la glía y diversas poblaciones neuronales; lesiones focales subcorticales de probable origen vascular, reducción del volumen del hipocampo y su relación con alteraciones neuroquímicas y hormonales que se mencionaran más adelante. ^(10, 13)

En algunos pacientes deprimidos se ha observado alteraciones hormonales como niveles bajos de la hormona de crecimiento y en especial del pico nocturno, secundario a fragmentación del sueño que presentan los pacientes depresivos. ⁽¹¹⁾

CONDICIONES MÉDICAS RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN ⁽³⁷⁾

Afecciones dermatológicas <ul style="list-style-type: none">▪ Dermatitis▪ Excoriaciones▪ Psoriasis▪ Urticaria	Enfermedades virales <ul style="list-style-type: none">▪ Gripe▪ Hepatitis▪ Herpes▪ Neumonía
Afecciones del sistema Nervioso Central <ul style="list-style-type: none">▪ Demencia▪ Arterioesclerosis cerebral▪ Contusión cerebral▪ Enfermedad de Huntington▪ Enfermedad de Parkinson▪ Esclerosis múltiple▪ Hematoma subdural▪ Hemorragia subaracnoidea▪ Hidrocefalia de presión normal▪ Infarto cerebral▪ Lesiones focales del hemisferio dominante▪ Meningoencefalitis	Endocrinopatías y trastornos metabólicos <ul style="list-style-type: none">▪ Diabetes▪ Enfermedad de Addison▪ Enfermedad de Cushing▪ Hiperparatiroidismo▪ Hipertiroidismo▪ Hipoglucemia▪ Hipotiroidismo
Artritis Reumatoide	Otras infecciones <ul style="list-style-type: none">▪ Sífilis▪ Tifoidea▪ Toxoplasmosis
Lupus Eritematoso	Otros <ul style="list-style-type: none">▪ Dolor crónico▪ Incapacidades funcionales diversas▪ Infarto de miocardio▪ Insuficiencia renal ó hepática▪ Diálisis▪ Radioterapia
Carcinoma <ul style="list-style-type: none">▪ Cáncer de cabeza de páncreas▪ Cáncer gástrico o pulmonar▪ Tumor cerebral	Tratamientos radicales <ul style="list-style-type: none">▪ Cirugía grave▪ Histerectomía▪ Mastectomía▪ Trasplantes
Cuadros carenciales y hemáticos <ul style="list-style-type: none">▪ Anemia▪ Déficit de folatos▪ Déficit de vitaminas▪ Pelagra	Intoxicación por metales <ul style="list-style-type: none">▪ Mercurio▪ Monóxido de carbono▪ Talio

Factores genéticos:

Se ha comunicado que la susceptibilidad genética es menos importante en los pacientes ancianos con depresión, que en los pacientes jóvenes. ⁽⁴⁾

Factores físicos:

Dentro de los cuales podemos mencionar a enfermedades específicas como Alzheimer (60%), Hipotiroidismo (50%), Hipertensión arterial, Infarto al miocardio (45%), cerebrovasculares (26 a 50%), Diabetes Mellitus (8 a 28%), Cáncer, Parkinson, Hipertiroidismo, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Renal Crónica, Artritis Reumatoide, Trastornos mentales crónicos (demencia senil), exposición a fármacos, privación sensorial (pérdida visual o auditiva) y pérdida de la función física. ^(14-16, 21)

Siendo los principales precipitantes de riesgo para la depresión la gravedad de la enfermedad física, el grado de incapacidad, el deterioro cognitivo coexistente y una historia psiquiátrica positiva previa. ⁽⁴⁾

La depresión es más frecuente en los ancianos físicamente enfermos, que los que están sanos.

Factores psicosociales:

Constituyen un riesgo para el desarrollo del desorden afectivo. Dentro de estos se consideran al género femenino, bajo nivel educativo, pobreza, soledad, insuficiente soporte socio familiar, enfermedades físicas y problemas de personalidad. ^(1, 3, 14)

Aunado a múltiples cambios ambientales, psicosociales y con pérdidas en diferentes áreas, como son: la disminución del rendimiento físico y en actividades de la vida diaria, la jubilación, la desocupación, los cambios de roles, la disminución de las estructuras de soporte social, el aislamiento y el luto, son condiciones que tornan vulnerable al adulto mayor para generar un estado depresivo. ^(4-5, 16)

Factores familiares:

Existe una estrecha relación entre funcionamiento familiar y depresión, en las cuales intervienen múltiples factores biológicos que condicionan enfermedad, así como el reconocimiento y uso de herramientas por la familia para solucionar el conflicto. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

Sin embargo las personas mayores tienden a sufrir maltrato y violencia, sobre todo aquellas con capacidades físicas o psicológicas disminuidas, ya sea por los propios familiares o las personas que los "cuidan".

El adulto mayor puede sufrir diferentes tipos de maltrato, como son:

Emocional: Son las conductas que consisten en actos u omisiones repetitivos, cuya forma de expresión causan un deterioro a la salud emocional.

Físico: Es todo acto de agresión intencional causando daño a la integridad física de una tercera persona

Sexual: Es la imposición del coito o acto sexual.

Abandono: Se refiere a la no administración del vestido, cuidados, alimentación o servicios médicos.

Económico: Se presenta cuando hacen mal uso, apropiación, explotación o estafa de sus bienes, ya sea por engaño o robo.

Dentro de las causas de maltrato para este grupo poblacional, se encuentran las siguientes: Relación familiar desgastada, problemas económicos, incompreensión del cuidador sobre las necesidades de las personas mayores, problemas de salud física o mental del cuidador, cansancio y agobio excesivo.

Recordemos que un apoyo familiar apropiado puede prolongar la atención en contextos no institucionales, proteger los recursos financieros y fomentar la prevención y la detección oportuna. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

Factores de personalidad:

Los rasgos dependientes, ansiosos o de evitación en la personalidad, han sido asociados con depresión en fases tardías de la vida.

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del estado depresivo mayor puede consistir en una alteración de la regulación de diversos sistemas de neurotransmisores como son: ⁽¹¹⁾

- Disminución de la síntesis y metabolismo de los neurotransmisores como serotonina, dopamina y noradrenalina, ya que son neurohormonas que controlan la conducta en el “Sistema Límbico”. Normalmente estas hormonas aumentan la sensación de bienestar de la persona, para proporcionar alegría, satisfacción, buen apetito, un impulso sexual apropiado y equilibrio psicomotor, al haber una menor producción de los neurotransmisores se presentara todo lo contrario, contribuyendo a la sintomatología de la depresión. ^(10,12, 33)
- Pérdida del equilibrio colinérgico y adrenérgico, debido a que la acetilcolina es una neurohormona que se secreta en el encéfalo y médula espinal, ésta actúa como excitador, manteniendo activadas a las neuronas traduciéndose en una mente vigilante. Al presentarse degeneración de estos sistemas se altera la función cognitiva y desencadena labilidad emocional y agresividad que son manifestaciones iniciales de deterioro cognitivo y depresión. ⁽³³⁾
- La secreción excesiva de cortisol por la corteza suprarrenal está asociada con neurotoxicidad y con una reducción en la neurogénesis del hipocampo, produciendo pérdida de las neuronas hipocámpicas, ya que éste es una estructura que forma parte del Sistema Límbico y por lo tanto está asociado a reacciones conductuales. ^(11, 33)
- El aplanamiento de la secreción de la hormona tiroidea con elevación de la triyodotironina y toroxina sérica, condicionan nerviosismo extremo y tendencias psiconeuróticas como preocupación extrema, complejo de ansiedad y paranoia. ⁽³³⁾

CUADRO CLÍNICO

Los signos y síntomas de la depresión se caracteriza por que los sujetos presentan llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física, quejas de dolor (Cefaleas, dolores articulares, abdominales o de otro tipo), algunas personas pueden cursar con crisis de angustia, otros refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias, así como problemas en la satisfacción sexual. ^(4, 11)

Sin embargo la enfermedad depresiva en el anciano, se presenta con características diferentes a las de otras edades de la vida, entre las que podemos destacar: ⁽²⁴⁾

- Esta menos presente la tristeza y más frecuentes los síntomas somáticos.
- La tristeza puede manifestarse en forma de apatía y retraimiento.
- Suele ser llamativa la pérdida de peso, el insomnio, la aparición de ideas delirantes o cuadros psicóticos.
- Es muy frecuente la aparición de ideación suicida.

La depresión puede provocar enfermedades físicas, pero también los pacientes con enfermedades graves pueden desarrollar síntomas depresivos. ⁽⁶⁾

Esta relación se debe a los mecanismos fisiopatológicos ya descritos, que pueden favorecer una evolución tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades subyacentes debido a que produce alteraciones de tipo autoinmune e inflamatorio, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal y trastornos cardíacos relacionados al estrés crónico. ^(16, 21-23)

Aunado a que en la mayoría de los padecimientos se presenta deterioro cognitivo, entencimiento psicomotor, apatía, discapacidad física y social, recuperación más lenta y con menor frecuencia ideación de culpa y síntomas psicóticos. ⁽¹⁹⁾

SIGNOS Y SÍNTOMAS COMUNES DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

SIGNOS	SÍNTOMAS
Disminución de la satisfacción	Postura inmóvil
Pérdida de intereses	Expresión triste
Llanto, irritabilidad	Falla de cooperación
Miedo y ansiedad	Retraimiento social
Preocupaciones desproporcionadas	Hostilidad
Desesperanza	Variaciones del humor
Sensación de fracaso	Aspecto desaliñado
Sentimiento de soledad	Crisis de llanto o gemidos
Baja autoestima	Pérdida de peso
Pesimismo	Bradilalia
Autoacusaciones y críticas	Movimientos lentos
Ideas delirantes	Gesticulación minimizada

Alucinaciones	Marcha lenta y torpe
Dificultad de concentración	Mutismo
Fallas en la memoria y la concentración	Estupor

Dentro de los principales precipitantes somáticos para la depresión podemos mencionar a los siguientes:

Administración de fármacos: Muchos medicamentos que se prescriben para los trastornos médicos de ancianos, tienen efectos adversos para el Sistema Nervioso Central, debido a que actúan sobre el sistema Límbico alterando las neurohormonas de la conducta. Es frecuente que los síntomas depresivos se relacionen con antihipertensivos (metildopa, betabloqueadores e hidralacina), antagonistas de la histamina H₂, digoxina, hipoglucemiantes orales, esteroides, barbitúricos, benzodiazepinas y citotóxicos pueden generar depresión. ⁽¹⁸⁾

Infarto al miocardio: Los pacientes deprimidos tienen una severa reducción de la función vasodilatadora endotelial, provocada por diferentes condiciones bioquímicas, entre ellas activación de la angiotensina II, exceso oxidativo y la excreción inadecuada de citocinas y ácidos grasos, proinflamatorios y protrombóticos. ⁽⁵⁾ Por otra parte, los episodios de ira condicionan la aparición de situaciones biológicas, que favorecen la aparición de muerte repentina por arritmia cardíaca. ^(20, 23)

Accidentes cerebrovasculares: Por depleción de neurotransmisores y desaferentización de los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y alteración de los circuitos de neurotransmisión monoaminérgicos, ya que estas neurohormonas están relacionadas con el control de la conducta. ^(28, 33)

Cáncer: Es una afectación comórbida que afecta a cerca del 25% de los pacientes con depresión. En esta patología los factores que influyen son la radiación cerebral, complicaciones endocrinometabólicas del Sistema Nervioso Central y síndromes paraneoplásicos. ⁽⁷⁾

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico temprano es importante porque se trata de una enfermedad potencialmente reversible. Este es completamente clínico, mediante los criterios del DSM-IV-TR, instrumentos de medición, exploración física y auxiliares diagnósticos. ^(2, 7)

La entrevista clínica es fundamental para la evaluación diagnóstica de los ancianos deprimidos. El anciano y sus familiares deben ser incluidos en estas entrevistas, interrogar sobre el antecedente de trastornos afectivos, ideación suicida o intentos de suicidio, abuso de drogas o alcohol. Se debe explorar el nivel de funcionamiento físico, interrogar acerca de la realización de estudios y respuesta a intervenciones terapéuticas previas para la enfermedad de la persona. ⁽³⁾

Deberá realizarse examen físico para la evaluación neurológica en búsqueda de datos de focalización ⁽³⁾ o bien para descartar trastornos que pudieran ocasionar síntomas similares a los de la depresión mayor. ⁽¹⁸⁾

Para poder investigar la presencia de depresión en toda persona de edad avanzada, se han elaborado instrumentos auxiliares para su diagnóstico. Dentro de los instrumentos más utilizados se encuentra la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage;

existiendo otros instrumentos como la escala de depresión de Hamilton, de Montgomery-Asberg y de Beck. ⁽²⁾

No se han identificado exámenes de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor, no obstante se han observado que diversos hallazgos de laboratorio son anormales, dependiendo de la presencia o ausencia de síntomas depresivos. ⁽⁸⁾

Así como pruebas neuropsicológicas, estudios de imagen y electroencefalograma con la finalidad de realizar diagnóstico diferencial. ^(2, 7) Observando que en los estudios de neuroimagen cerebral muestran la existencia de alteraciones del flujo sanguíneo y del metabolismo en algunos individuos. ⁽¹⁰⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La depresión se debe diferenciar de las siguientes patologías:

Trastorno bipolar o enfermedad maniaco-depresiva: Alteración del estado de ánimo rápido o dramático, pero más a menudo gradual; pasa alternativamente de la euforia o manía a la depresión; en ocasiones requiere hospitalización. ⁽⁴⁾

Trastorno del estado de ánimo secundario a sustancias.

Trastorno del estado de ánimo secundario a otras enfermedades médicas. ⁽⁴⁾

Demencias: Se caracterizan por un deterioro cognitivo, donde se afectan las funciones mentales superiores y la memoria. Suele tener un inicio insidioso, son de curso progresivo e irreversible. ⁽⁸⁾

Delirium: Consiste en una alteración cualitativa del estado de conciencia que se acompaña de un cambio de las funciones cognitivas de acuerdo con un patrón circadiano y en un espacio de tiempo corto, tendiendo a fluctuar a lo largo del día. ⁽⁸⁾

Depresiones enmascaradas: Es cuando los pacientes tienden a negar sus síntomas depresivos y a expresar en primer lugar los somáticos (dolores generalizados, mareos, vértigo, anorexia, náusea, vómito, constipación, diarreas, dolor precordial, palpitaciones, disnea, etc.). ⁽⁴⁾

Trastorno de adaptación: Ocurren generalmente ante acontecimientos vitales como enfermedades o pérdidas; se manifiestan con sentimientos de desamparo, pesimismo y existe a menudo una ansiedad manifiesta. ⁽⁸⁾

Pseudodemencia o Síndrome de demencia depresiva: Se caracteriza por inicio más rápido que una demencia orgánica con humor depresivo predominantemente, respuesta displicente ante los contratiempos, déficit cognitivo presente, pero poco demostrable, alteración de los ritmos biológicos del sueño y del apetito, así como cefalea y otros síntomas somáticos ^(4, 24).

Trastorno hipocondriaco: En los pacientes están convencidos de tener una enfermedad, para lo cual acuden a menudo a consulta médica, se realizan exámenes que

son negativos, pero aún así van de médico en médico en busca de confirmar sospechas.⁽⁴⁾

TRATAMIENTO

La depresión en el paciente anciano puede convertirse en un padecimiento crónico, es por ello que para su tratamiento debe emplearse la intervención en conjunto de un plan psicoterapéutica, psicofarmacológica y psicosocial.

De los cuales la piedra angular del manejo es el tratamiento farmacológico, para ello la selección del antidepresivo se realiza con base en las características individuales del fármaco, el perfil clínico de la depresión, la condición médica del paciente y la situación socio familiar^(2, 3).

Se debe iniciar el tratamiento farmacológico cuando existen síntomas importantes, disfunción social marcada, pérdida de interés o respuesta positiva a tratamiento previo, iniciando con la menor dosis posible e incrementar de manera paulatina, manteniéndose durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas.^(6, 25)

Los principales fármacos antidepresivos son:

- Antidepresivos triciclicos
- Inhibidores de la monoaminooxidasa
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina
- Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina

Idealmente las personas mayores deberían tratarse con una combinación de psicoterapia y antidepresivos (los de elección para pacientes geriátricos son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina); la primera permite encontrar mecanismos más afectivos en la solución de los problemas de la vida y los psicofármacos por su parte, alivian más rápido los síntomas.⁽²⁵⁾

Las metas del tratamiento son mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbi-mortalidad, prevenir la recurrencia de los trastornos, minimizar los efectos adversos del tratamiento, así como restablecer o mejorar la funcionalidad física, mental o social.

El pronóstico de la depresión es generalmente bueno en la población de adultos mayores diagnosticados que reciben un tratamiento apropiado, aunado a factores como edad de primer episodio, número de episodios previos y la duración del episodio actual. En ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con un agravamiento de los trastornos somáticos, sobre todo de tipo metabólico o cardiovascular, con el consiguiente riesgo vital para el paciente.^(5, 26)

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para evaluar el estado afectivo de las personas de la tercera edad se diseñó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982 ⁽²⁷⁾.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si/no, diseñado de su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada. ^(15, 18, 23)

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano, ^(15, 18, 23) valorando afecto, inactividad irritabilidad y aislamiento, no incluye reactivos sobre síntomas somáticos. ⁽³⁶⁾

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión. ^(17, 27-28)

La escala de depresión ha mostrado una excelente confiabilidad (interjuez de 0.80 a 0.95), mostrando una consistencia interna de $r = .8496$, medida por el coeficiente alfa de Cronbach. ⁽²⁷⁾ La validez concurrente de esta escala fue obtenida por grupos contrastados a través de la chi cuadrada con valores de p asociados a 0.05. ⁽³⁵⁾

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo. Proporciona una única puntuación, que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems con un rango de 0-30. Una respuesta afirmativa en los ítems 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 y 28 vale 1 punto, una respuesta negativa en el resto de los ítems, también vale un punto ^(21, 23).

Los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son las siguientes: ⁽³⁾

- Depresión leve 6-11 puntos
- Depresión moderada 12-17 puntos
- Depresión severa mayor de 17 puntos

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto. Para poder determinar su prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos, se tiene considerablemente una variabilidad entre los países y poblaciones, dependiendo del criterio diagnóstico tomado en cuenta, así como el instrumento de tamizaje utilizado ó entrevista. ^(3, 16)

Para el año 2020 según la OMS, se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El informe Mundial sobre la Salud del 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% para las mujeres. ⁽¹⁶⁾

Mientras que en estudios realizados en Estados Unidos de América y Europa, la prevalencia de depresión oscila entre 6 y 20%. Copelan y cols realizaron un meta-análisis encontrando tasas de 16.2% en la ciudad de Nueva York y de un 19.5% en Londres. Por otra parte en estudios longitudinales se ha comprobado que la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia, incluso con una mayor demanda de los servicios de salud. ⁽²⁷⁾

Por otra parte, diversos estudios epidemiológicos realizados en España muestran prevalencias de depresión en personas mayores de 65 años que van del 17 al 31%. ⁽³⁴⁾No obstante la prevalencia de depresión en este mismo grupo de edad reportada en un estudio latinoamericano fue del 47%, muy superior a la reportada para la población en general de adultos mexicanos en el año 2005. ⁽²³⁾

En México Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neropsiquiatricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. ⁽¹⁶⁾

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003, utilizada para la realización del trabajo Prevalencia y Diagnóstico de depresión en la población adulta en México, se encontró que la frecuencia global es del 5%. ⁽¹⁶⁾

En el país el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es del 5.8%, mientras que las cifras correspondientes a los hombres es del 2.5%, según estudios realizados. ^(3,16)

Sin embargo otras investigaciones, revelan que en México la prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. ⁽³⁰⁾

La frecuencia de depresión varía ampliamente entre las 32 entidades federativas del país. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5, 4.6 y 4.5%, respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León con cifras menores a 1. En las mujeres la prevalencia más alta corresponde a Hidalgo con 9.9%, Jalisco con 8.2% y el estado de

México con 8.1%, mientras que la más bajas son las observadas en Campeche con 2.9% y Sonora con 2.8%. ⁽¹⁶⁾

En la Ciudad de México y Zona Metropolitana muestran proporciones de 57.1 a 79.5%, en pacientes atendidos en la consulta externa de instituciones médicas, observando una mayor frecuencia en mujeres, jubilados, pensionistas, sedentarios, con familias disfuncionales y con dependencia económica. ^(1,4) Cifras similares a las reportadas en el estudio realizado en la población adscrita a la unidad de primer nivel de la Ciudad de México en el 2001, que fue del 72.1% en los adultos mayores. ⁽²⁹⁾

Estudios realizados en Torreón Coahuila se encontró que el grado de depresión más frecuente corresponde al leve con 23.8%, mientras que el moderado se encontró con un porcentaje de 19.8 y el 7.4% corresponde a depresión severa. ⁽²¹⁾ Para el D.F. y área metropolitana los casos probables de depresión detectados fue de 13.7% para la depresión leve, 14.3% moderada y 13.7% para la severa ⁽¹⁾.

Por otro lado la investigación realizada entre octubre y diciembre del año 2006 en la Unidad No. 8 de Medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia concluyo que la prevalencia de depresión en adultos mayores en hombres fue de 47.6%, mientras que en mujeres es de 51.9% y la global del 47.6%. De ellos el 9.3% vivían en familias funcionales, el 12.3% vivían en familias ligeramente disfuncionales, 22.7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55.7% vivían en familias altamente disfuncionales. ⁽²³⁾

Existen estudios que apuntan que los médicos de atención primaria no diagnostican del 50 al 75% de los pacientes que sufren diversos trastornos mentales comunes como la depresión. Parece apropiado que los profesionales de la salud cuenten con herramientas de escrutinio de la depresión para aumentar el índice de detección de esta enfermedad en los pacientes mayores de 65 años. ⁽³⁴⁾

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud, estima que para el 2020 la depresión será el mayor problema de salud, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad, es por ello que el envejecimiento de la población a nivel mundial y los fenómenos degenerativos naturales que lo acompañan hacen de los ancianos un grupo de alto riesgo para padecer depresión, así como el incremento de enfermedades cronicodegenerativas y el impacto negativo que ésta tiene sobre la evolución de las enfermedades, por lo que se considera **pertinente** conocer su prevalencia.

El estudio de la depresión es **Interesante** y **Trascendente**, debido a que en nuestro medio los resultados muestran una frecuencia mayor de la esperada, por lo que es obligado realizar acciones para disminuir en lo posible su presentación, actuar sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados, ya que implica una mayor demanda de los servicios de salud y costos de atención médica, asociándose con sufrimiento emocional, discapacidad, suicidio, mala adherencia a otros tratamientos médicos y presión sobre los cuidadores.

Es **Relevante**, ya que a menudo la depresión pasa inadvertida y más concretamente en el primer nivel de atención por la presentación atípica de la misma o por la falsa creencia de que forma parte normal del envejecimiento.

Así como consideramos que es **Novedoso** porque el personal sanitario de atención primaria es clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo, como del cognoscitivo.

Tiene **Magnitud** debido a que el diagnóstico temprano de depresión en el adulto mayor permitirá un tratamiento oportuno con el propósito de: **a)** revertir el cuadro, **b)** impedir la aparición de complicaciones graves y **c)** disminuir el impacto de dicha patología. ^(13, 14, 16)

Consideramos que posee **Política Administrativa**, porque en los hospitales deben de existir programas de detección de la depresión en el adulto mayor, para estar en posibilidad de efectuar intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad.

El proyecto de investigación es **Factible**, ya que en la Institución se cuenta con la disponibilidad de los recursos técnicos, operativos y económicos para llevar a cabo los objetivos.

Tiene **Viabilidad** debido a que se puede desarrollar y llevar a cabo el tema para llegar a conclusiones reales.

Por último cabe mencionar que es un estudio **ético**, por que el pronto reconocimiento por parte del médico de los trastornos conductuales en los ancianos puede permitir el rápido tratamiento de las causas reversibles y una utilización más completa de los recursos que aún quedan en estados crónicos y de deterioro.

La optimización de las capacidades mentales tiene una influencia favorable en la resolución de los problemas de muchos tipos relacionados con la edad, con el fin de evitar la necesidad de custodia a largo plazo o atención en un asilo.

ÁREAS ESPECÍFICAS

Justificación teórica: La realización de esta investigación, permitirá conocer la prevalencia de la depresión en pacientes mayores de 65 años que acuden a consulta de primer nivel de atención del HGZ MF No. 1 Pachuca, ya que en literatura reportada mencionan que del 50 al 75% de los trastornos mentales en este grupo etáreo no son diagnosticados en el primer nivel de atención, condición que dificulta el tratamiento de la enfermedad subyacente o empeora el pronóstico del paciente.

Justificación metodológica: El desarrollar este proyecto de investigación generará conocimientos para reconocer a la población mayor de 65 años de edad, que presenta depresión, así como el grado de la misma, en los pacientes que acuden a consulta de primer contacto, mediante la escala de Yesavage.

Justificación práctica: El llevar a cabo esta investigación nos permitirá identificar de forma oportuna la depresión en pacientes mayores de 65 años, para desarrollar estrategias efectivas de tratamiento, aunado a disminuir la comorbilidad que se presenta en los adultos mayores y de esta manera bajar la demanda de los servicios de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la depresión tiene importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y en el caso de los hombres el lugar de residencia. En los adultos mayores la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque, a causa de éste, se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes.

La depresión es el problema psiquiátrico más común en el adulto mayor, no diagnosticada en la gran mayoría de los casos. Esto se debe a que es una enfermedad difícil de reconocer, por que se cree que es normal que los ancianos se depriman y usualmente describen solo síntomas físicos, siendo poco común que hablen acerca de sus sentimientos de desesperanza y tristeza; pueden no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena, después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se ha prolongado mucho más tiempo.

La prevalencia de la depresión varía según el instrumento diagnóstico utilizado o el grupo poblacional estudiado, sin embargo en los estudios realizados se coincide en la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento. Además se ha comprobado que la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicios de urgencias y costos globales elevados como pacientes ambulatorios.

Es por ello que surgen las siguientes preguntas:

Pregunta general de la investigación: ¿Cuál es la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención adscritos al HGZ MF No.1?

Preguntas específicas: Referentes a la población de adultos mayores en el primer nivel de atención del HGZ MF No. 1 Pachuca.

1. ¿Cuál es el grado de depresión que se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores?

HIPÓTESIS

Hipótesis General

- **Hipótesis Alternativa:**

La prevalencia de depresión en adultos mayores en el primer nivel de atención del HGZ MF No. 1 mayor de 5%.

- **Hipótesis Nula:**

La prevalencia de depresión en los adultos mayores que acuden a primer nivel de atención es menor a 5%.

Hipótesis Específica

- La depresión leve es la más frecuente en el adulto mayor.

OBJETIVOS

General:

- Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención del HGZ MF No. 1 Pachuca.

Específicos:

1. Identificar el grado de depresión más frecuente del adulto mayor en el primer nivel de atención del HGZ MF No. 1 Pachuca

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal del 1 de noviembre al 31 de diciembre 2010, en los pacientes mayores de 65 años que acuden a solicitar consulta de Medicina Familiar de ambos turnos en el HGZ MF No. 1 Pachuca.

1. TIPO DE ESTUDIO:

Transversal: Porque las variables se medirán en una sola ocasión.

Analítico: Se analizarán las relaciones entre las variables.

Observacional: Los datos se recolectarán de manera directa de los resultados obtenidos en la encuesta

2. UNIVERSO DE ESTUDIO:

El universo de estudio estará conformado por pacientes mayores de 65 años adscritos HGZ MF No. 1 Pachuca, siendo un total de 17, 669 personas. Del 1 de noviembre al 31 de diciembre 2010.

3. PERIODO DE ESTUDIO:

El periodo de estudio comprende del 1 de noviembre al 31 de diciembre 2010.

4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.1 Criterios de inclusión:

- Paciente mayor de 65 años.
- Ambos sexos.
- Adscritos al HGZ MF No. 1.
- Que acuden a solicitar consulta a primer nivel de atención.

4.2 Criterios de exclusión:

- Paciente menor de 65 años.
- Diagnóstico de cualquier otro trastorno mental en pacientes mayores de 65 años.
- En paciente mayores de 65 años con secuelas neurológicas.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Depresión en adulto mayor	Estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas y pasatiempos habituales	Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (30 ítems).	Ordinal	Depresión leve: 6-11 puntos Depresión moderada: 12-17 puntos Depresión severa mayor de 17 puntos
Adulto mayor	Nombre o término quienes pertenecen al grupo etáreo que comprenden personas de más de 65 años de edad.	Registro de la edad en años.	Continúa	Mayor de 65 años.

6. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

De acuerdo a los datos observados en estudios previos, se reporta una prevalencia global de depresión en adultos mayores a nivel nacional del 5%, porcentaje que utilizaremos con base para determinar el tamaño de la muestra, mediante la fórmula para estudios transversales:

$$n = \frac{N \times Z_{1-a}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{1-a}^2 \times p \times q}$$

N= 17,669

Z= 1.96 al 95%

a= prevalencia 0.05

p= 0.5

q= 1-p

d= diferencia mínima esperada 0.05

n= 72 adultos mayores + 10% de error = 80 adultos mayores

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo, observacional y transversal, durante el periodo comprendido del 1 de noviembre al 31 de diciembre 2010, en los pacientes mayores de 65 años que acuden a solicitar consulta de primer nivel de atención del HGZ MF No. 1 Pachuca de ambos turnos. En donde se les aplicará un cuestionario de 30 reactivos mediante un entrevistador (médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina familiar), previa lectura y firma de consentimiento informado de las personas a encuestar.

El proceso consiste en leer la pregunta y registrar la respuesta del participante como "sí" ó "no". Cada pregunta se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo. Ésta se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems con un rango de 0-30. Una respuesta afirmativa en los ítems 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 y 28 vale 1 punto, una respuesta negativa en el resto de los ítems, también vale un punto. Considerándose como depresión leve aquellos que presenten de 6 a 11 puntos, depresión moderada de 12 a 17 puntos y depresión severa mayor de 17 puntos.

Para dicho estudio se incluirán a pacientes mayores de 65 años, de ambos géneros, que estén adscritos al HGZ MF No. 1, quienes acuden a solicitar consulta en el primer nivel de atención. Excluyéndose a los pacientes menores de 65 años, con diagnóstico de algún trastorno mental, o bien pacientes mayores de 65 años con secuelas neurológicas.

Posteriormente se generará una base de datos, los cuales serán registrados y procesados en el paquete SPSS de Windows. Analizando los resultados mediante estadística descriptiva.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los procedimientos para realizar el análisis de datos se harán mediante estadística descriptiva por medio de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión periférica (rango, varianza, desviación estándar y coeficiente de variación), así como razón de momios.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio de investigación cumple con los criterios de la Asociación Médica Mundial (WMA) como una declaración de principios éticos para la investigación médica de humanos identificables.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos: Asesor clínico y metodológico, así como residente de la especialidad de medicina familiar.

Recursos materiales: Corren a cargo de los investigadores.

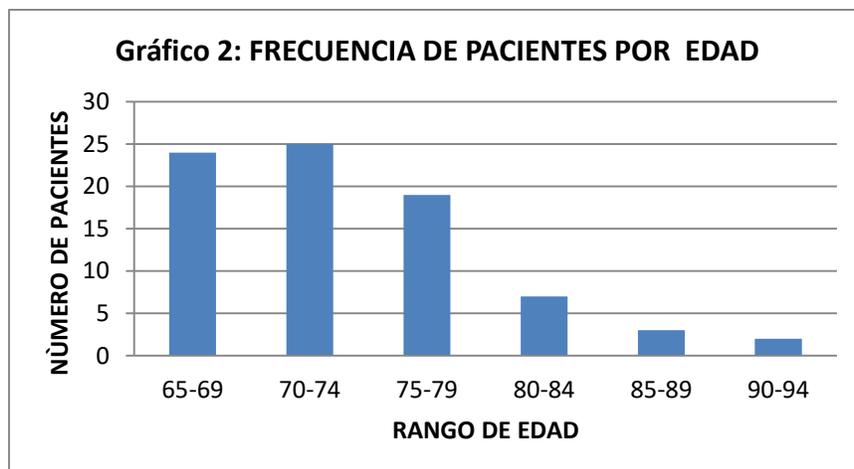
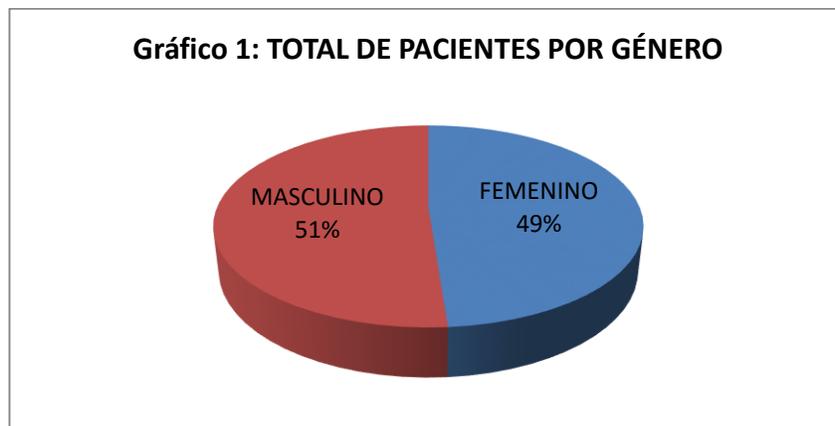
Financiamiento: El proyecto será cubierto en la totalidad por los responsables.

Factibilidad: Es factible ya que la información se tiene en la base de datos y no genera ningún costo el examinarla.

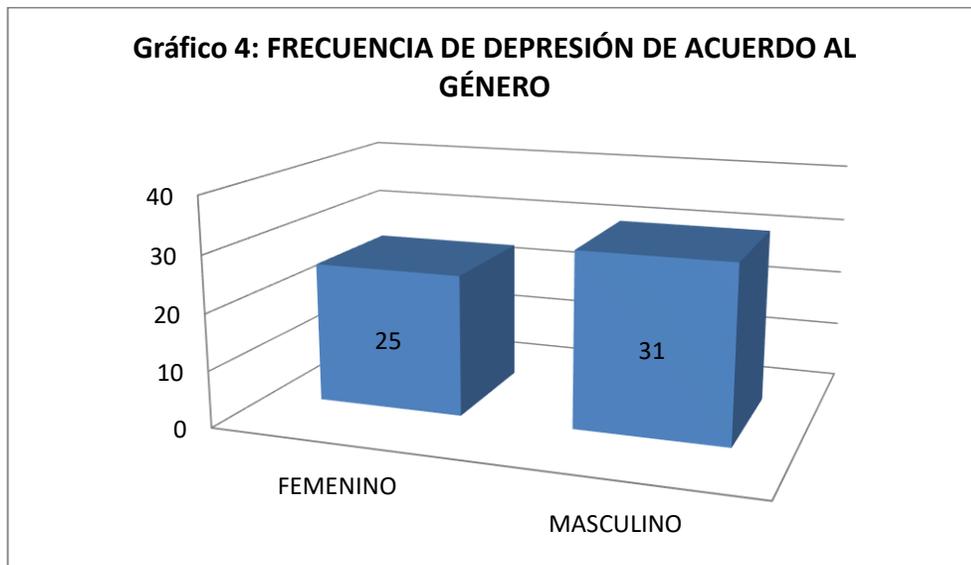
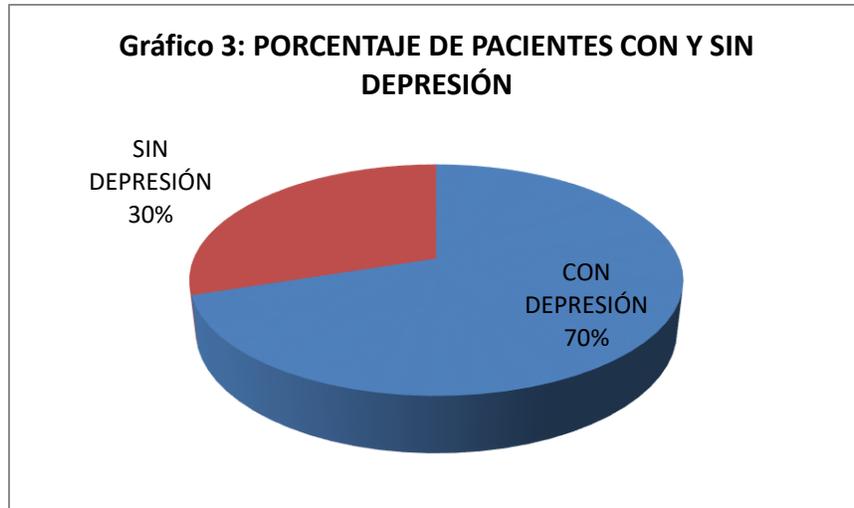
RESULTADOS

Se aplicaron 80 cuestionarios al azar a la población derechohabiente mayores de 65 años del HGZ MF No. 1, en el primer nivel de atención de ambos turnos. No se eliminó a ninguna persona. Participaron 37 pacientes del turno matutino y 43 del vespertino. Con predominio ligeramente superior del género masculino (51%) con respecto al femenino (49%). Gráfico 1. Se obtuvo una prevalencia de depresión global del 31.6%.

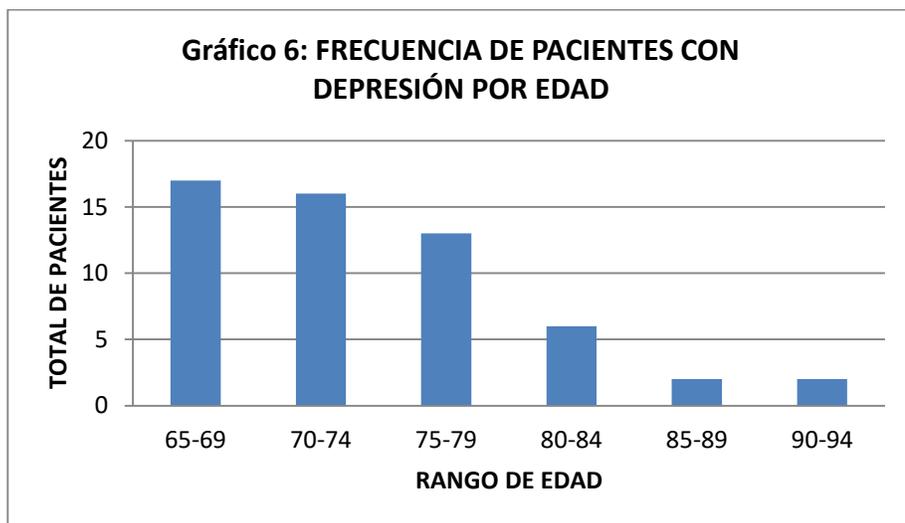
De acuerdo a la edad de los pacientes entrevistados se encontró una media de 73.61. Observándose que el mayor porcentaje de adultos mayores que participaron en el estudio se encuentran entre los intervalos de 65 a 69, 70 a 74 y 75 a 79 años con un 85% (68/80 pacientes), mientras que el 15% (12/80) pertenece al grupo de edad de 80 a 94 años. Gráfico 2



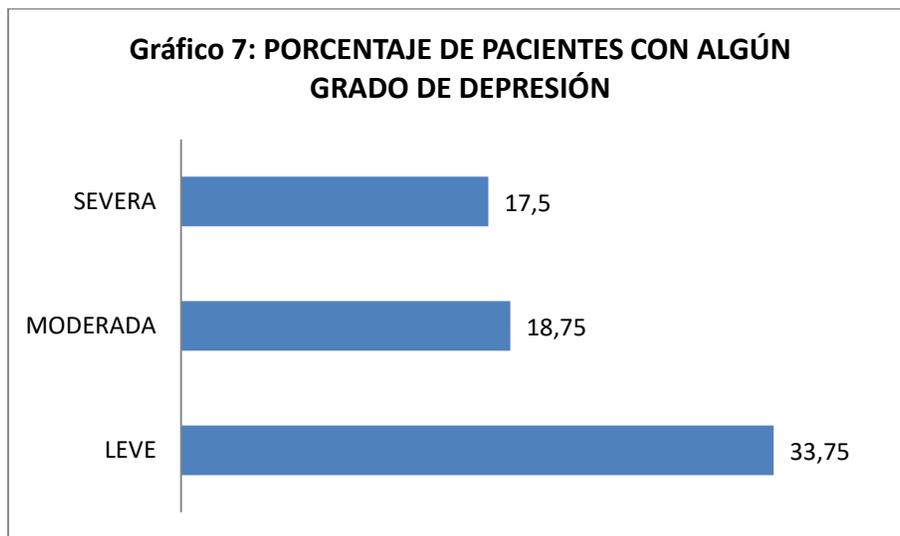
Se utilizó la escala de Yesavage para depresión geriátrica en este estudio, observando que el 70% (56/80 pacientes) de la población entrevistada presenta depresión, mientras que el 30% (24/80) no la padece. Gráfico 3. De los adultos mayores que presentan depresión la mayor prevalencia la ocupa el género masculino con 38.75% (31/56 adultos mayores), en comparación con el femenino que corresponde a 26.25% (25/56 pacientes). Gráfico 4



El comportamiento de los pacientes que presentan depresión tiene variaciones importantes de acuerdo al grupo de edad en el que se encuentren, los cuales para fines prácticos fueron agrupados, hallando que la mayor frecuencia corresponde de los 65 a 69 años con 17 adultos mayores, de los 70 a 74 años con 16 personas y 13 pacientes entre 75 y 79 años. Disminuyendo notablemente la frecuencia de la depresión de los 80 a los 94 años de edad con 10 pacientes.

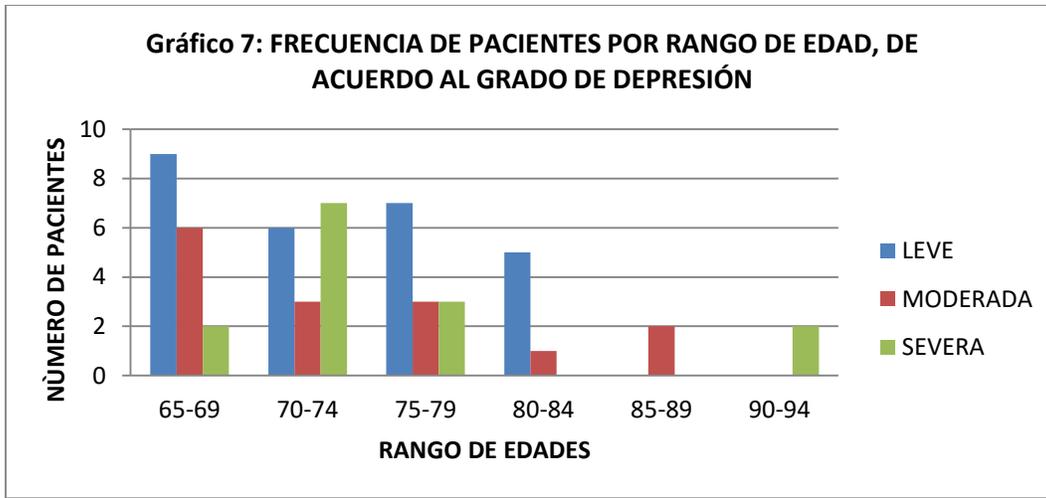


Se realizó la puntuación de los resultados obtenidos y de acuerdo al número de respuestas negativas fueron clasificados dentro de algún estado depresivo, por lo tanto de los 56 pacientes con depresión, el 33.75% (27/56) se encuentra con depresión leve, mientras que el 18.75% (15/56 adultos mayores) corresponde al estado depresivo moderado y sólo el 17.5% para el severo. Gráfico 7.

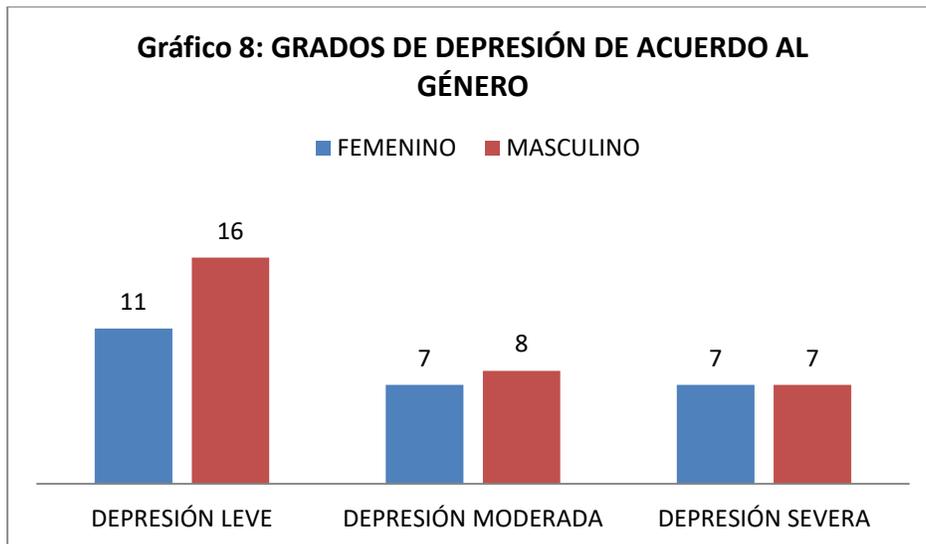


Con los resultados obtenidos observamos que la depresión leve se ubica entre los 65 a los 84 años de edad con 27 personas, de los cuales el mayor número pertenece al primer quinquenio, no encontrando ningún caso de depresión leve en edades mayores de 85 años de edad.

De modo similar es el comportamiento para la depresión moderada la cual se presenta con 15 pacientes entre las edades de 65 a 89 años, predominando en el primer quinquenio. Mientras que para los 14 pacientes con estado depresivo severo se encuentran en los primeros tres intervalos de edad y después hasta los 90 a 94 años. Gráfico 7.



Observamos que existe un predominio de la depresión leve en el género masculino con 16 pacientes (20%), de igual manera en el estado moderado con 8 personas (10%), mientras que para la depresión severa la frecuencia de presentación es la misma para ambos géneros con 7 adultos mayores (8.7%).



DISCUSIÓN

De acuerdo al trabajo realizado de Prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México 2005 se encontró que la frecuencia global es del 5%, observándose que se encuentra 5 veces por debajo de los resultados obtenidos en este estudio, en el cual se obtuvo un porcentaje de 31.6%. De igual forma resulta ser mayor la prevalencia comparada con estudios transatlánticos en las ciudades de Nueva York y Liverpool en donde tienen una prevalencia de 16.2% y 19.5% respectivamente.

Quizá la diferencia tan grande derive en que la investigación del año 2005 fue realizada en una población abierta, tomando en cuenta variables específicas como demografía, escolaridad, tamaño de la comunidad de residencia y entidad federativa del individuo entrevistado, patología y tratamiento, así como diferente instrumento de medición. No obstante el estudio realizado en el HGZ MF No. 1 en el primer nivel de atención se elaboró con una muestra cautiva y que suponemos enferma ya que en el momento de la encuesta demandaba una atención médica.

Sin olvidar mencionar que la diferencia de los resultados obtenidos en el meta-análisis realizado por Copeland y cols (Nueva York y Liverpool) tal vez radique en que fueron elaboradas en ciudades desarrolladas, originando mejor calidad y mayor esperanza de vida la cual se estima en 78.9 años, comparada con 72.8 para Hidalgo.

En esta unidad la mayor frecuencia de depresión por género es para el masculino, con un 38.75% (31/56 adultos mayores), en comparación con el femenino que corresponde a 31.25% (25/56 pacientes). Encontrando resultados totalmente opuestos a los reportados en la bibliografía internacional y nacional donde la prevalencia global de depresión para las mujeres fue aproximadamente un 50% mayor que para los hombres.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio podemos determinar que a mayor edad, es menor la frecuencia de presentación para la depresión en los pacientes geriátricos, debido a que el mayor porcentaje se encuentra dentro de los tres primeros grupos de edad (de 65 a 79 años) con un 57.5%, mientras que una minoría con el 12.5% pertenece al rango de edad de 80 a 94 años. Con esto se reportan resultados similares a los mencionados en la bibliografía española en donde comentan que los individuos más ancianos parecen tener una prevalencia más baja de depresión comparado con sus correspondientes más jóvenes.

En la población en estudio se detecto una proporción de sujetos con depresión leve de 33.75%, la cual se considera alta si la comparamos con resultados obtenidos en otros estudios que va de 13.7 al 23.8%, de la misma forma resultado mayor la prevalencia para la depresión moderada con 18.75% comparada con 14.3% de los casos registrados en el D.F. y área metropolitana y por último con un porcentaje de 17.5 para el estado depresivo severo contra 13.7% reportados en el D.F.

Mencionemos que el comportamiento de la frecuencia encontrada de acuerdo a los grados de depresión por edades es el siguiente: el 27.5% corresponde a la depresión leve de los 65 a 79 años de edad, para la depresión moderada y severa de 15% respectivamente, presentando una declinación notable de los pacientes encuestados a

partir de los 80 años en adelante, con el 7.5% para la depresión leve y el 2.5% para la depresión moderada y severa.

La prevalencia de depresión sigue dominando en el género masculino, ya que presentaron el mayor porcentaje de estado depresivo leve y moderado, con respecto a las mujeres con un 20% vs 13.7% y 10% vs 8.7% respectivamente, mientras que para la depresión severa el comportamiento es igual para ambos géneros con un 8.7%. Este último dato es similar al reportado en el estudio realizado por Copeland y cols en donde mencionan que la tasa de depresión grave fue parecida en hombre y mujeres.

CONCLUSIÓN

Es interesante saber que en nuestro medio existe una alta prevalencia de depresión en los adultos mayores que no está diagnosticada y que muchas veces creemos que la presencia de tristeza o de algún otro síntoma emocional y/o físico es propio de la edad.

Por lo cual hacemos notar que en el estudio realizado en el Hospital General de Zona Con Medicina Familiar No. 1 existe una alta prevalencia de depresión en pacientes geriátricos, con mayor predominio de estos trastornos mentales en varones, comparándolo con el sexo opuesto, de los cuales es mucho más frecuente que se presente en el intervalo de 65 a 69 años de edad, encontrándose con mayor frecuencia el estadio depresivo leve.

En base a lo anterior sería trascendente que en la consulta de primer nivel se aplicará la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para identificar a dicha población, ya que esta enfermedad ocasiona incremento de la comorbilidad, complica la evolución de la patología de fondo, aunado a un mal apego al tratamiento y por lo tanto una mala respuesta terapéutica, sin olvidar mencionar que se incrementa el número de consultas por paciente, implicando gastos relevantes para la institución porque aumentan los síntomas físicos en este tipo de pacientes, y ello requiere la administración de más fármacos para tratarlos.

Por lo anterior, sería factible realizar la detección oportuna de los trastornos que dañan la función mental en los adultos de edad avanzada, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los pacientes, y sobre todo a optimizar recursos tanto humanos, como materiales.

Con todo este panorama, sería interesante saber si el empleo, la vivienda, el acceso a servicios públicos, la escolaridad, la pérdida de determinada posición social, prestigio o respeto, el estado civil, fallecimiento de su pareja, ocupación, apoyo familiar y económico, entre otros, son factores de riesgo que nos están condicionado estos resultados tan elevados y en cuáles de ellos podremos intervenir para minimizar el impacto, mejorando la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro LM, Ramírez ZS, Aguilar LV, Díaz de Anda VM. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto Mayor. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2006; 39(4): 132-137.
2. Depresión. En: De Hgreer, Gutiérrez LM. editores. *Manual Moderno: Geriatría*. 2ª Ed. México D.F.; 2009. p. 349-351.
3. Depresión. En: Díaz RF, Alemán MR, Jaimes FE. Editores. *Prado: Tópicos de Geriatría*. 2ª Ed. México D.F.; 2007. p. 219-226.
4. Enfermedades psiquiátricas funcionales en la vejez. En Tallis R, Fillit H. editores: *Marbán Libros S.L: Geriatría*. 6ª Ed. Madrid España; 2007. p. 837-840.
5. Meza TE. Depresión como entidad medico psiquiátrica. *ALCMEON* 2007; 14(2): 13-25.
6. Amado JP. Aspectos clínicos y Terapéuticos de la depresión en el adulto mayor. *Rev Soc Peru Med Interna* 2009; 22(1): 32-42.
7. Alberdi J, Taboada O, Castro DC, Vázquez VC, Depresión. *Guías Clínicas* 2006; 6(11): 1-6.
8. Episodios afectivos. En: López IA, Valdés MM. Editores: Elsevier Masson. 3ª Ed. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona España 2008: p 391-399.
9. Aguilar NS, Ávila J.A. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Med Méx* 2007; 143(2): 141-147.
10. Trastornos Afectivos. En: Agüera OI, Cervilla BJ, Martín CM. Editores: Elsevier Masson. 3ª Ed. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona España; 2006: p. 409-432.
11. Gotlib I, Joormann JL, Minor K, Hallmayer J. Reactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenocortical: un mecanismo que es la base de las asociaciones entre 5-HTTLPR, estrés y depresión. *Psiquiatría Biológica* 2010; 17(1): 6-11.
12. Ortega J.E, Callado L, Meana J.J. El sistema noradrenérgico en la neurobiología de la depresión. *Psiquiatría Biológica* 2008; 15(5): 162-74.
13. *Psychology, Health and Medicine*; 2009; 14(1): 125-128.
14. Depresión y otros temas de salud mental. En: Seth IC, Palmer R, Johnson MA, Bree JC, Lyons W. editores: *Manual Moderno*. 1ª. Ed. *Diagnóstico y tratamiento en geriatría*. México; 2005. p. 111-113.
15. Depresión en la adultez mayor. En: Alarcón R, Nicolini SH. Editores: *Manual Moderno Organización Panamericana de la Salud*. 2ª Ed. *Psiquiatría*. Washington D.C; 2005. p. 803-811.
16. Bello M, Puentes RE, Medina ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México* 2006; 47(1): 4-11.
17. Andreescu C, "et al". Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev. Med. Chile* 2009; 12(137): 1642-1643
18. *Psiquiatría Geriátrica*. En: Howard GH. Editores: *Manual Moderno*. 5ª ed. *Psiquiatría General*. México D.F. 2005: p 631-640.
19. Ramos RR, Espino DI, Araúxo VA, Ecénarro TP. Depresión y Enfermedad Cerebro vascular. *Psiquiatría Biológica* 2008; 15(3): 80-89.
20. Sánchez CN. Tratamiento Farmacológico de los Síndromes Isquémicos Coronarios Agudos. *Archivos de Cardiología de México* 2007; 77(4): 257-263.

21. Martínez JA, Martínez VA, Esquivel CG, Velasco VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Medica Instituto Mexicano Del Seguro Social* 2007; 45(1): 21-28.
22. Trastornos del estado de ánimo en el anciano. En: Rodríguez GR, Lazcano BG. Editores: Mc Graw Hill Interamericana. *Práctica en la geriatría*. 2ª ed. Madrid España 2007: p. 419-423.
23. Alonso AJ, Lliteras M, Del Agua E, Lozano I, Vázquez D. Patología depresiva en pacientes con cardiopatía isquémica. Una relación incierta. *Psiquiatría Biológica* 2006; 13(3): 79-85.
24. Rodrigo ER. *Psiquiatría Del Adulto Mayor en el Hospital General*. *Rev. Med CUN CONDES* 2009; 20(2): 83-96.
25. García JT. Depresión en el Adulto Mayor. *Claves de psiquiatría. Suplemento de Salud Ciencia* 2006: 1(2); 90-98.
26. Torsa P, "et al". Detection and prevalence of depressive disorders in primary care settings in Hungary. *European Psychiatry* 2009; 24(1): S643.
27. Aguilar S.G, Fuentes CA, Ávila J.A, García MJ. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México* 2007; 49 (4): 256-262.
28. Campo AA, Urruchurtu MY, Solano MT, Vergara AJ, Cogollo Z. Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte Barraquilla (Colombia)* 2008; 24(1): 1-9.
29. Enfermedades mentales en el anciano: delirium, depresión, demencia. En: Ortuño F. Editores: Editorial Medica Panamericana. *Lecciones en psiquiatría*. 1ª. ed. Madrid España 2010: p. 477-480.
30. Espinosa AA, "et al". Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental* 2007; 30(6): 67-76.
31. Mitchel A, Izquierdo De Santiago. Pronóstico de la depresión en la tercera edad en comparación con la edad adulta. Existe una diferencia clínica significativa? *Actas Esp Psiquiátricas* 2009; 37(5): 289-296.
32. Valdés DM, Dávila GM, Guerrero DF. Prevalencia de depresión en el adulto mayor. *Medicina Interna de México* 2006; 22(1): 76-82.
33. Mecanismos encefálicos de la conducta y la motivación: el sistema límbico y el hipotálamo. En: Guyton AC, Hall JE. editores: Elsevier. 11ª Ed. *Tratado de Fisiología Médica*. Madrid España; 2007: p 812-831.
34. Casanova C, Delgado S, Estéves S. El Médico de Familia y la Depresión del Adulto Mayor. *Revista Biomedicina*. Noviembre 2009: 23-31
35. Acosta QC, García FR, Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud* 2007; 17(2): 291-300.
36. Cabañero M.J. Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007; 7(3): 823-846.
37. Trastornos depresivos. En: Durante MP, Pedro TP. Editores: Elsevier Masson. 3ª Ed. *Terapia Ocupacional en Geriatría, Principios y Práctica*. Madrid España; 2010: p. 77-80.

ANEXOS

CRONOGRAMA

ETAPAS DEL PROYECTO	PERIODO DE TIEMPO																	
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A
MARCO TEÓRICO	1ª. Etapa																	
Revisión bibliográfica																		
Redacción Marco Teórico																		
Elaboración del Protocolo																		
Revisión del protocolo																		
Presentación del protocolo																		
MARCO METODOLÓGICO	2ª. Etapa																	
Definición de la muestra																		
Diseño Instrumentos de Investigación																		
Recolección de datos																		
ELABORACIÓN DEL INFORME	3ª. Etapa																	
Redacción del informe																		
Presentación																		

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Pachuca Hidalgo a ____ de _____ del 2011

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: "DETERMINAR LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN".

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número R-2010-1201-02

El objetivo del estudio es: Determinar la incidencia de depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención adscrito al HGZ MF No. 1 Pachuca.
Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una escala de depresión para adultos mayores que consta de 30 reactivos.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento, para dicho motivo me puedo comunicar con el investigador a los siguientes números telefónicos: 212-26-25 y 0447711449811.

No omito mencionar que en este estudio no se correrá ningún riesgo a la salud, ya sea física o psicológica, sin embargo son grandes los beneficios que podemos obtener a través de él, como son las siguientes:

- a) Realizar un diagnóstico temprano de la depresión.
- b) Actuar sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados, ya que implica una mayor demanda de los servicios de salud y costos de atención médica, asociándose con sufrimiento emocional, discapacidad, suicidio, mala adherencia a otros tratamientos médicos y presión sobre los cuidadores.
- c) Establecer tratamiento para revertir el cuadro.
- d) Impedir la aparición de complicaciones graves y disminuir el impacto de dicha patología.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se 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 de que se obtenga para su estudio, aunque este pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si/no, diseñado para ser auto administrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada.

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo. Proporciona una única puntuación, que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems con un rango de 0-30. Una respuesta afirmativa en los ítems 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 y 28 vale 1 punto, una respuesta negativa en el resto de los ítems, también vale un punto. Los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son las siguientes:

- Depresión leve 6-11 puntos
- Depresión moderada 12-17 puntos
- Depresión severa mayor de 17 puntos

	SI	NO
¿Está satisfecho (a) con su vida?	0	1
¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
¿Tienen esperanza en el futuro?	0	1
¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	1	0
¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	1	0
¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Se siente frecuentemente desamparado (a)?	1	0
¿Se siente intranquilo (a) y nervioso (a) con frecuencia?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	0	1
¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	1	0
¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a) ahora?	0	1
¿Se siente desanimado (a) o triste con frecuencia?	1	0
¿Siente que nadie lo aprecia?	1	0
¿Se preocupa mucho por el pasado?	1	0
¿Cree que la vida es muy interesante?	0	1
¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	1	0
¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
¿Siente que su situación es desesperante?	1	0
¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	1	0
¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	1	0
¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	1	0
¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
¿Disfruta el levantarse por las mañanas?	0	1
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
¿Le es fácil tomar decisiones?	1	0
¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?	0	1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____ NSS: _____

Edad: _____ Sexo: _____ C: _____ T: _____

	SI	NO
¿Está satisfecho (a) con su vida?	0	1
¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
¿Tienen esperanza en el futuro?	0	1
¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	1	0
¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	1	0
¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Se siente frecuentemente desamparado (a)?	1	0
¿Se siente intranquilo (a) y nervioso (a) con frecuencia?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	0	1
¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	1	0
¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a) ahora?	0	1
¿Se siente desanimado (a) o triste con frecuencia?	1	0
¿Siente que nadie lo aprecia?	1	0
¿Se preocupa mucho por el pasado?	1	0
¿Cree que la vida es muy interesante?	0	1
¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	1	0
¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
¿Siente que su situación es desesperante?	1	0
¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	1	0
¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	1	0
¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	1	0
¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
¿Disfruta el levantarse por las mañanas?	0	1
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
¿Le es fácil tomar decisiones?	1	0
¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?	0	1

Subtotal=
Total=

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD (AÑOS)	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN MODERADA		DEPRESIÓN SEVERA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
65								
66								
67								
68								
69								
70								
71								
72								
73								
74								
75								
76								
77								
78								
79								
80								
81								
82								
83								
84								
85								
86								
87								
88								
89								
90								
91								
92								
93								
94								
95								
96								
97								
98								
99								
100								
TOTAL								